

ANÁLISIS DE CONDICIONES, CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ENFERMEDAD, 2016-2018

Localidad de La Candelaria

17



Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Elizabeth Coy Jiménez

Subred Integrada de Salud Centro Oriente ESE

Gerente
Martha Yolanda Ruíz Valdés

Coordinadora PSPIC
Lyda Montenegro Parra

Referente de Gobernanza
Yulieth Ávila Bohórquez

Equipo Local Gobernanza 2

Lady Viviana Rodríguez Galindo. Líder componente II
Andrea Rodríguez Pava. Antropólogo
Donald Rodrigo García Jiménez. Geógrafo
Adriana Aminta Vásquez Rojas. Epidemióloga

Fotografía de la portada
Equipo ACCVSyE Subred Centro Oriente

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090 Bogotá, D. C. - 2018
www.saludcapital.gov.co

CONTENIDO

Introducción.....	12
1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	14
1.1 Contexto territorial	15
1.2 Estructura demográfica.....	18
1.3 Dinámica demográfica.....	23
1.4 CONCLUSIONES	33
2. DETERMINANTES Y CONDICIONES DE VIDA	34
3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD.....	42
3.1 Mortalidad.....	43
3.1.1 Mortalidad grandes causas 6/67	43
3.1.2 Mortalidad por subgrupos grandes causas 6/67	47
3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez	57
3.1.4 Mortalidad materno - infantil y en la niñez	60
3.2 Morbilidad.....	61
3.2.1. Morbilidad general y análisis de la prestación de servicios	61
3.2.2 Eventos de Vigilancia en Salud Pública	74
3.2.3 Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades.....	77
4. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONES	80
4.1 Balance de la información	83
4.1.1 Víctimas del conflicto	83
4.1.2 Población LGBTI.....	83
4.1.3 Población con discapacidad	84
4.1.4 Ciudadano habitante de calle	85
4.1.5 Persona de oficio reciclador, carretero y pequeño bodeguero	86
4.1.6 Personas en ejercicio de prostitución	86
4.1.7 Población étnica	87
4.2 Caracterización sociodemografico.....	87
4.2.1 Población étnica	87
4.2.2 Población víctimas del conflicto	89
4.2.3 Población LGTBI.....	91
4.2.4 Población habitante de calle.....	92

4.2.5	Ejercicio de la prostitución	94
4.2.6	Población Bodegueros.....	96
4.2.7	Población Recicladores	98
4.2.8	Población con Discapacidad.....	100
4.3	Relación de población y territorio	101
4.3.1	Pertenencia étnica.....	101
4.3.2.	Condición/situación o aquellas determinadas por la vulnerabilidad (Víctimas del conflicto, habitante de calle, reciclador de oficio y personas en ejercicio de prostitución).	104
4.3.2.1	Víctimas del conflicto armado.....	104
4.3.2.2.	Habitante de calle, reciclador de oficio y personas en ejercicio de prostitución.	104
4.3.3	Orientaciones sexuales e identidades de género	106
4.3.4	Condición de discapacidad:.....	108
4.4	Análisis de situación de salud para las poblaciones.....	110
4.4.1	Pertenencia étnica.....	110
4.4.2	Víctimas del conflicto armado.....	112
4.4.3	Orientaciones sexuales e identidades de género	113
4.4.4	Condición de discapacidad.....	115
4.4.5	Habitante de calle.....	116
4.4.6	Reciclador de oficio	118
4.4.7	Personas en ejercicio de prostitución.....	119
4.5	Acciones y respuestas en salud para las poblaciones diferenciales	120
4.5.1	Etnias.....	120
4.5.2	Población priorizada: LGBTI	120
4.5.3	Mujer y género.....	121
4.5.4	Población en ejercicio de la prostitución.....	122
4.5.5	Población víctimas del conflicto	122
4.5.6	Población ciudadanos habitantes de calle	122
4.5.7	Población con discapacidad	123
5.	ACCIONES EN SALUD PÚBLICA.....	126
5.6	Espacio vivienda.....	127
	Estructura	127
2.1.1	Resultados.....	129
2.1.1.1	Acción integradora 1 Cuidado para la saludfamiliar - Gestión del riesgo	129

2.1.1.2 Acción integradora 1 Cuidado para la salud familiar - Acciones familiares	130
2.1.1.3 Acción integradora 1 Cuidado para la salud familiar - Acciones en hogares comunitarios y de bienestar	133
2.1.1.4 Familias Étnicas con atención integral en salud	134
2.1.1.5 Acción integradora 2 Cuidado para la salud familiar institucional - Cuidado para la salud de personas, familias y cuidadores, instituciones de protección y atención integral a personas mayores	135
2.1.1.6 Acción integradora 2 Cuidado para la salud familiar institucional - Cuidado para la salud de personas y cuidadores en instituciones de protección y atención para habitantes de calle y personas privadas de la libertad	135
2.1.2 Conclusiones	135
5.6 Espacio educativo.....	136
5.6 Espacio trabajo	143
5.3.1 Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas del trabajo infantil	146
5.3.2 Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas del trabajo infantil	146
5.3.3 Estrategia de entornos laboralmente saludables para la promoción de autocuidado y gestión del riesgo en salud	147
Resultados	150
5.6 Espacio publico	151
5.6 Vigilancia epidemiologica	160
6. ANÁLISIS Y SÍNTESIS	164
6.1 Diseño metodológico	165
6.2 Nodos	168
Nodo 1: Condicionamientos socioeconómicos, situaciones de desplazamiento, trabajo informal, necesidades básicas insatisfechas ...	168
Curso de vida: Infancia, adultez y vejez	168
Curso de vida: Infancia, adolescencia y juventud.....	172
Curso de vida: Adultez y vejez	175
7 Recomendaciones	176
Referencias bibliográficas	180

Listado de mapas

Mapa 1. Contexto territorial localidad de La Candelaria.....	17
Mapa 2. Condiciones de vida identificadas en La Candelaria.	41
Mapa 3. Ubicación de las IPS públicas y privadas La Candelaria, año 2017.....	73
Mapa 4. Población étnica por grupo.....	103
Mapa 5. Condición/situación o aquellas determinadas por la vulnerabilidad (Víctimas del conflicto, habitante de calle, reciclador de oficio y personas en ejercicio de prostitución). Localidad de La Candelaria. .	105
Mapa 6. Población LGBTI por microterritorio, localidad de La Candelaria.	107
Mapa 7. Población con discapacidad por microterritorio, localidad de La Candelaria.	109
Mapa 8. Respuesta institucional desde salud pública de la Subred Centro Oriente, en torno a las poblaciones diferenciales y de inclusión.....	124
Mapa 9 Síntesis de la respuesta institucional en salud pública Subred Centro Oriente año 2017.....	163
Mapa 10 Condiciones de vida identificadas localidad de la Candelaria.	179

Listado de tablas

Tabla 1. Densidad poblacional, La Candelaria, 2016	18
Tabla 2. Distribución de la población por edad y sexo, La Candelaria, 2016	19
Tabla 3. Distribución de la población según curso de vida y sexo, La Candelaria, año 2016	21
Tabla 4. Población diferencial, localidad de La Candelaria. 2005-2016	22
Tabla 5. Régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, La Candelaria, 2016	22
Tabla 6. Indicadores demográficos, La Candelaria, 2006, 2011 y 2016.....	23
Tabla 7. Indicadores demográficos, La Candelaria, 2012 – 2016	24
Tabla 8. Distribución nacimientos de madres de 10 a 14 años según variables sociodemográficas, La Candelaria, 2012 – 2016.....	28
Tabla 9. Distribución nacimientos de madres de 15 a 19 años según variables sociodemográficas, La Candelaria, 2012 – 2016	30

Tabla 10. Mortalidad por quinquenios según grandes causas, La Candelaria, 2012 – 2014	44
Tabla 11. Tasas crudas grandes causas 6/67 según sexo y total, La Candelaria, 2012 – 2014	45
Tabla 12. Tasas crudas subgrupos grandes causas 6/67 según sexo, La Candelaria, 2012 – 2014	48
Tabla 13. Tasas ajustadas subgrupo neoplasias por sexo, La Candelaria, 2012 – 2014	51
Tabla 14. Tasas ajustadas subgrupo causas externa por sexo, La Candelaria, 2012 – 2014	55
Tabla 15. Tasas específicas de mortalidad infantil por sexo y total, La Candelaria, 2012 – 2014	58
Tabla 16. Tasas específicas de mortalidad en menores de uno a cuatro años por sexo y total, La Candelaria, 2012 – 2014	59
Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad en menores de cinco años por sexo y total, La Candelaria, 2012 – 2014	60
Tabla 18. Mortalidad materno – infantil y en la niñez, La Candelaria, 2016	61
Tabla 19. Reporte usuarios únicos atendidos por grandes causas, sexo, tipo de atención y red, La Candelaria, 2012 – 2016.....	62
Tabla 20. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida infancia y grandes causas, La Candelaria, 2012 – 2016	64
Tabla 21. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida adolescencia y juventud y grandes causas, La Candelaria, 2012 – 2016.....	65
Tabla 22. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida adulthood y grandes causas, La Candelaria, 2012 – 2016.....	66
Tabla 23. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida vejez y grandes causas, La Candelaria, 2012 – 2016	66
Tabla 24. 10 primeras causas de atención de morbilidad por ocurrencia según sexo, La Candelaria, 2015 – 2016	67
Tabla 25. 10 primeras causas de atención de morbilidad por ocurrencia según tipo de atención, La Candelaria, 2015 – 2016	70
Tabla 26. Prestadores de servicios de salud, según inscripción al REPS. La Candelaria 2016	71
Tabla 27. Prestadores de servicios de según naturaleza jurídica. La Candelaria. 2016	71
Tabla 28. Servicios habilitados IPS públicas, La Candelaria 2016.....	72

Tabla 29. Distribución de la proporción de los eventos de notificación individual obligatoria por dimensión plan decenal de salud, La candelaria 2016.	74
Tabla 30. Distribución de la proporción de los eventos de notificación colectiva obligatoria por dimensión plan decenal de salud, La candelaria 2016.	75
Tabla 31. Distribución de la proporción de los eventos SIVIGILA D.C., por dimensión plan decenal de salud, La candelaria 2016	75
Tabla 32. Eventos precursores, La Candelaria, 2016	76
Tabla 33. Población étnica según sexo identificada en el programa territorio saludables, localidad de La Candelaria julio 2012- junio 2016	88
Tabla 34. Población étnica según curso de vida identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	88
Tabla 35. Población étnica según régimen de afiliación al sistema de salud identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	89
Tabla 36. Población étnica según nivel de escolaridad identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	89
Tabla 37. Población víctimas del conflicto según sexo identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	90
Tabla 38. Población víctimas del conflicto según curso de vida identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	90
Tabla 39. Población víctimas del conflicto según régimen de afiliación al sistema de salud identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	91
Tabla 40. Población víctimas del conflicto según nivel de escolaridad identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	91
Tabla 41. Población LGTBI según sexo identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	92
Tabla 42. Población LGTBI según régimen de afiliación a salud identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	92
Tabla 43. Población LGTBI según nivel de escolaridad a salud identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	92
Tabla 44. Población Habitante de calle según sexo identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	93

Tabla 45. Población Habitante de calle según curso de vida identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016.....	93
Tabla 46. Población Habitante de calle según régimen de afiliación a salud identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	94
Tabla 47. Población Habitante de calle por escolaridad identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016.....	94
Tabla 48. Población en ejercicio de la prostitución según sexo identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016.....	95
Tabla 49. Población en ejercicio de la prostitución según curso de vida identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	95
Tabla 50. Población en ejercicio de la prostitución según régimen de afiliación a salud identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	96
Tabla 51. Población en ejercicio de la prostitución según nivel educativo identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	96
Tabla 52. Población bodegueros según sexo identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	97
Tabla 53. Población bodegueros según curso de vida identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	97
Tabla 54. Población bodegueros según régimen de afiliación a salud identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	97
Tabla 55. Población bodegueros según nivel de escolaridad identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016.....	98
Tabla 56. Población recicladores según sexo identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	98
Tabla 57. Población recicladores según curso de vida identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016.....	99
Tabla 58. Población recicladores según régimen de afiliación a salud identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016	99

Tabla 59 Población recicladores según nivel de escolaridad identificada en el programa territorios saludables La Candelaria, julio 2012-junio 2016.....	100
Tabla 60. Población con discapacidad según régimen de afiliación, Localidad de La Candelaria. 2004-2005.....	100
Tabla 61. Evento notificados al subsistema de vigilancia en salud pública de la población Etnia, en la localidad de La Candelaria, 2016.	110
Tabla 62. Evento notificados al subsistema de vigilancia en salud pública de la población Habitante de Calle, en la localidad de La Candelaria, 2016.	117
Tabla 63 Distribución de Usuarios con agendamiento, componente gestión de Riesgo, Localidad de La Candelaria, 2017	129
Tabla 64. Acceso a programas componente de gestión de Riesgo, Localidad de La Candelaria, 2017	130
Tabla 65. Familias abordadas por localidad, componente acciones familiares, Subred Centro Oriente	131
Tabla 66. Indicadores de operación en acciones familiares, La Candelaria 2017	132
Tabla 67. Hogares Comunitarios abordados por localidad, componente hogares comunitarios, Subred Centro Oriente	133
Tabla 68. Indicadores de operación en hogares comunitarios y de bienestar, La Candelaria, 2017	134
Tabla 69 Colegios abordados localidad candelaria.....	139
Tabla 70 Estructura Espacio Educativo. Subred Centro Oriente.....	140
Tabla 71. Distribución del talento humano del espacio trabajo para la Subred Centro Oriente.....	145
Tabla 72. Porcentaje de trabajadores afectados por las condiciones de trabajo en las UTIS por localidad, Subred Centro Oriente 2017.....	149
Tabla 73. Porcentaje de UTIS que implementan la estrategia de entornos laborales saludables por localidad, Subred Centro Oriente 2017.....	150
Tabla 74 Estructura espacio público. Subred Centro Oriente	152
Tabla 75 Distribución Jóvenes con Consumo Inicial de SPA. SOJU. Subred Centro Oriente. Año 2017	159
Tabla 76 Identificación de situaciones tensionantes. Localidad de La Candelaria. Año 2016.....	167

Listado de figuras

Figura 1. Pirámide poblacional según quinquenios de edad, La Candelaria, 2006, 2011, 2016	20
Figura 2. Tasas específicas de fecundidad por edad, La Candelaria, años 2010, 2012, 2010 y 2016	25
Figura 3. Serie total nacidos vivos, La Candelaria, 2011 – 2016.....	26
Figura 4. Distribución del número de nacimientos por edad de la madre, La Candelaria, 2016	27
Figura 5. Tasas específicas de fecundidad de 10 a 14 años, La Candelaria, 2011 – 2016	32
Figura 6. Tasas específicas de fecundidad de 15 a 19 años, La Candelaria, 2011 – 2016	32
Figura 7. Tasas ajustadas grandes causas 6/67 según sexo, La Candelaria, 2012 – 2014	46
Figura 8. Tasas ajustadas grandes causas 6/67, La Candelaria, 2012 – 2014	47
Figura 9. Tasas crudas subgrupos grandes causas 6/67. La Candelaria, 2012-2014	49
Figura 10. Tasas ajustadas subgrupo enfermedades transmisibles por sexo, La Candelaria, 2012 – 2014.....	50
Figura 11. Tasas ajustadas subgrupo enfermedades del sistema circulatorio por sexo, La Candelaria, 2012 – 2014	53
Figura 12. Tasas ajustadas subgrupo afecciones del periodo perinatal por sexo, La Candelaria, 2012 – 2014.....	54
Figura 13. Tasas ajustadas subgrupo demás causas por sexo, La Candelaria, 2014	56
Figura 14. Tasas ajustadas subgrupo signos y síntomas mal definidos por sexo, La Candelaria, 2012 – 2014.....	57
Figura 15. 10 primeras causas de atención de morbilidad por ocurrencia según curso de vida, La Candelaria, 2015 – 2016	69
Figura 16. Número de atenciones por eventos precursores, en IPS localidad de La Candelaria, año 2012-2016	77
Figura 17. Niños y niñas trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil por localidad, Subred Centro Oriente 2017	148
Figura 18. Adolescentes con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil por localidad, Subred Centro Oriente 2017	149
Figura 19. Distribución población con riesgo alto. Cuídate, Sé Feliz. Subred Centro Oriente. Año 2017	158

INTRODUCCIÓN

El desarrollo sostenible y ecológicamente sustentable presenta una directa relación con la generación de condiciones estructurales favorables a acciones institucionales y comunitarias que amplíen las posibilidades de lograr salud integral en la población (1). En consecuencia, las políticas públicas para el sector salud, al ser mecanismos sociales que norman estas acciones, deben diseñarse en torno a estudios que comprendan la manera como se da la realidad de las personas; cómo interactúan entre ellas y su ambiente socio ecológico, y presenten un panorama aterrizado de su situación en salud mostrando carencias y oportunidades.

En ese sentido se explica la importancia del presente documento, que pretende identificar relaciones desencadenantes de situaciones que afectan la salud de las personas habitantes de la localidad de La Candelaria, pensando a los seres humanos como actores y actrices de su ambiente social, que inciden y son influenciados por el entorno que habitan, que reclaman su justa consideración como principio y fin de todas las acciones estatales (enfoque poblacional). Y además que exigen la visibilización de acciones o situaciones de discriminación a las que son expuestos diferentes grupos sociales en donde se ven violentados sus derechos (enfoque diferencial).

Para alcanzar este propósito, la elaboración del análisis de salud de la población se ha organizado en diferentes etapas articuladas reflejadas en la estructura y los capítulos del texto; en principio se han dispuesto de recursos humanos, físicos, técnicos y tecnológicos pertinentes, esto incluye la realización de reuniones de articulación al interior de la Subred con el fin de sensibilizar frente al proceso de diagnóstico, socialización de las etapas de elaboración del mismo y coordinar la recolección de información.

Así mismo se estructuró el capítulo uno en el cual se presenta la Relación población, territorio, ambiente y sociedad de las localidades que conforman la

Subred, desde los contextos territorial, ambiental, demográfico, socioeconómico y las diferentes dinámicas, producto de su interrelación.

En el segundo capítulo se hará el análisis de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las dimensiones prioritarias, desarrollando un examen de los determinantes que inciden substancialmente en las posibles carencias en salud de los grupos humanos residentes en las localidades.

Para el tercer capítulo se analizará el comportamiento de la mortalidad según agrupación 6/67 grandes causas y la morbilidad ordenada según los momentos de curso de vida.

En el cuarto capítulo se realizará el análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad incluye dentro de sus perspectivas de abordaje del proceso salud–enfermedad el enfoque diferencial y el enfoque poblacional diferencial, de los cuales el primero se entiende como la identificación de las diferencias entre personas, grupos específicos u otras colectividades con el fin de reconocer las situaciones de fragilidad, vulneración, segregación o exclusión que con frecuencia tienen un origen en las condiciones de vida y por tanto se manifiestan de varias maneras con efectos negativos para la salud de estas poblaciones.

En el capítulo 5 se presenta las acciones en salud pública para esto se realizará la identificación de fuentes de información secundarias de los procesos transversales, que den cuenta de la gestión adelantada desde salud pública.

Finalmente, en el capítulo 6 se contempla abordar el análisis y síntesis de las desigualdades en salud que tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad

1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

1.1 Contexto territorial

La localidad de La Candelaria está ubicada en el sector centro oriental de la ciudad y limita en todos los puntos cardinales con la localidad Santa Fe. En términos políticos y administrativos, la conforma una Unidad de Planeamiento Zonal – UPZ, denominada de la misma manera que la localidad, la cual es identificada con el número 94 en el distrito (Mapa 1A). Cuenta con una extensión total de 206 hectáreas (Ha), clasificadas en su totalidad como suelo urbano (2).

Este territorio comprende una porción del piedemonte de los cerros de Guadalupe y Monserrate, en el contacto entre estos y el llano fluvio lacustre de la sabana de Bogotá (3); su altura se incrementa de occidente a oriente y varía entre 2584 y 2737 Metros Sobre el Nivel del Mar – MSNM, con temperatura media anual de 14,6°C y precipitación promedio de 1050 a 1150 mm (4); su sistema hídrico está conformado por dos cuerpos de agua: el río San Francisco, localizado al norte en paralelo a la Avenida Jiménez, que colecta las aguas de las quebradas Roosevelt, Las Brujas y Santo Domingo; y la quebrada Padre de Jesús (mapa 1).

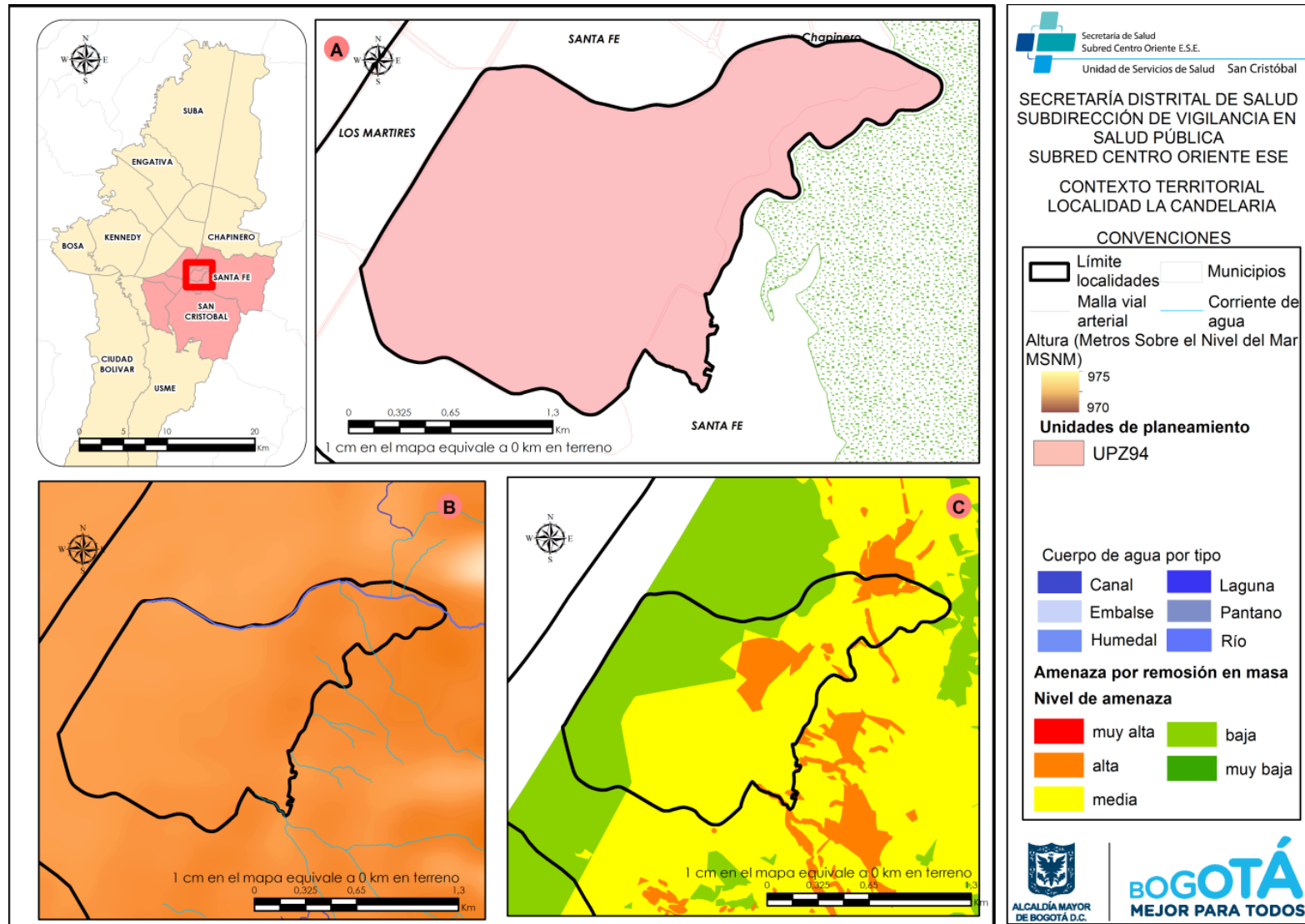
Frente al espacio público efectivo, la localidad reporta 1,87 m² por habitante (5) al año 2013, cifra que incumple lo establecido en el Decreto Nacional 1504 de 1998, el cual plantea que la meta es de 15 m² por habitante (6). Por su parte, El Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático – IDIGER ha identificado y delimitado en la localidad zonas de amenaza por remoción en masa y por incendios forestales, en coherencia con su ubicación geográfica y usos del suelo. En lo que a movilidad se refiere, el 75,03 % de la malla vial arterial se encuentra en buen estado, situación que contrasta con la de las vías locales, en donde el 48,45 % de sus carriles se encuentran en mal estado (7).

Entendido que el desarrollo de actividades antrópicas en estas condiciones territoriales puede llegar a afectar a la población en la medida en que esta tenga o no los mecanismos necesarios para sortearlas o afrontarlas, se ha identificado para esta localidad amenaza de remoción en masa con grado de afectación que aumenta en dirección occidente-oriental, en consonancia con el relieve escarpado

característico de las inmediaciones de los cerros orientales y la dinámica fluvial de los cuerpos de agua provenientes de la cadena cordillerana (mapa 1C).

En lo que a movilidad se refiere, aproximadamente el 73 % de la malla vial arterial se encuentra en buen estado, en contraste con las vías locales, que son las predominantes (8), en donde solo el 23 % de sus carriles se encuentran en buen estado (9).

Mapa 1. Contexto territorial, localidad de La Candelaria



Fuente: Equipo ACCVSyE con datos de datos IDECA, Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte; ConsortiumforSpatialInformation e IDIGER.

1.2 Estructura demográfica

La población estimada para el año 2016 en la localidad de La Candelaria es de 22.633 habitantes, que había sido estimada en 24.144 habitantes para el año 2011 y 24.010 para el año 2006; esta población es urbana en su totalidad.

La densidad poblacional a escala local equivale a 109,87 personas/Ha, cifra baja explicable con la presencia de edificaciones destinadas a usos diferentes al habitacional (ver Tabla 1); según la Encuesta Multipropósito de 2014, la localidad cuenta con 9.884 hogares que habitaban 9.694 viviendas, que en comparación con la misma fuente para el año 2011 representa un crecimiento del 5,8 % en cantidad de hogares y de 7,6 % en la cantidad de viviendas. Esta localidad se caracteriza por un bajo promedio de personas por hogar, de 2,5 para el año 2014, explicable en la alta proporción de hogares unipersonales, 37,4 %, segunda en la ciudad (10).

Tabla 1. Densidad poblacional, localidad de La Candelaria, 2016

	Densidad poblacional	Área localidad (Ha)	Población Localidad
La Candelaria	109.87	206	22,633

Fuente: Elaboración propia con base en DANE-SDP, estimaciones de población 1985-2005.

La desagregación de la población estimada para la localidad por sexo indica que para el año 2016 el 53,5 % de la población son hombres (n=12.117) y el 46,5 % mujeres (n=10.516), es decir, que por cada 100 mujeres hay 115 hombres; por grupos de edad, la mayor cantidad de hombres se ubican entre los 25 y los 29 años de edad mientras que para las mujeres es entre los 30 a los 34 años (tabla 2).

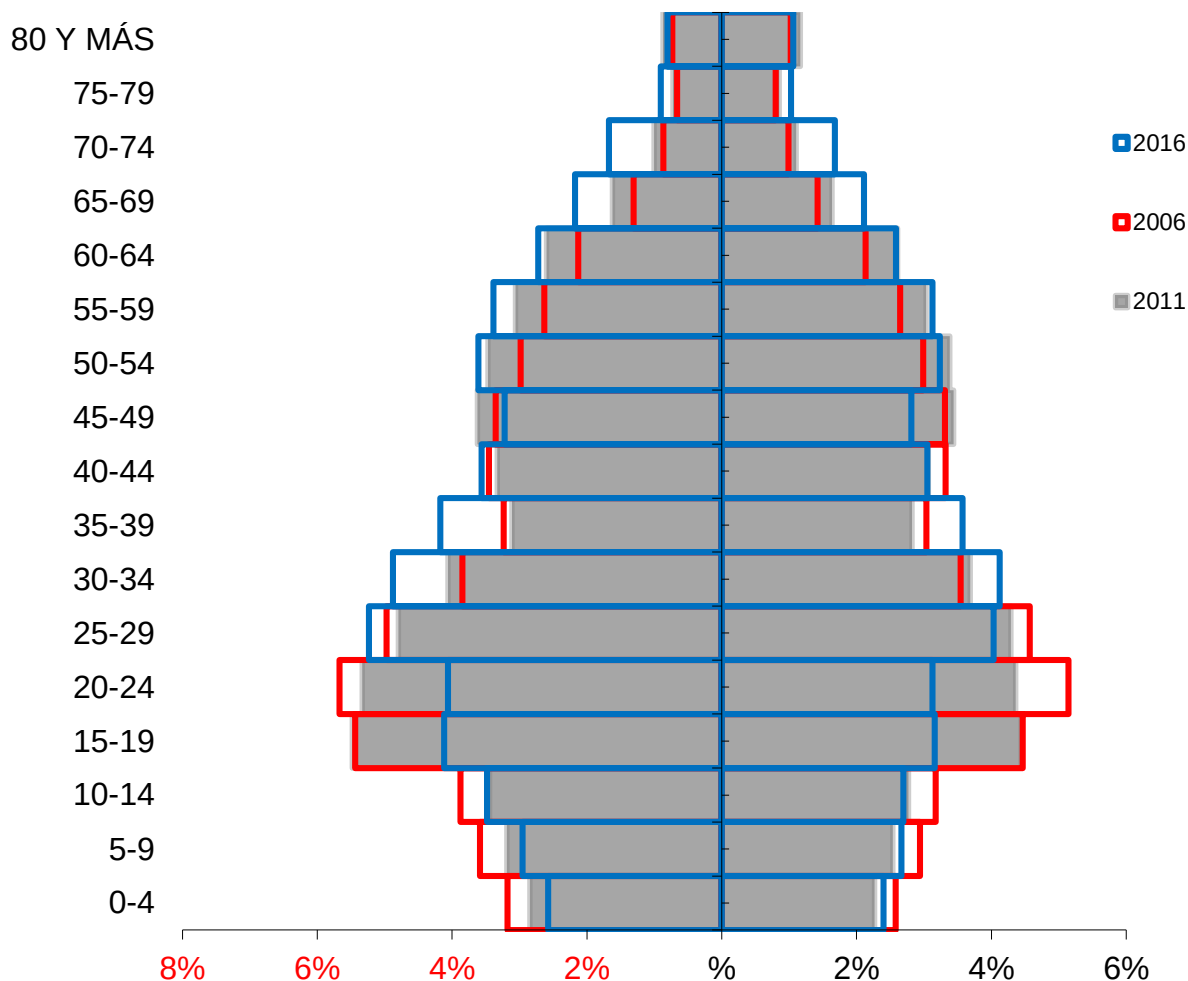
Tabla 2. Distribución de la población por edad y sexo, localidad de La Candelaria, 2016

Grupo de edad	2016			
	Hombres		Mujeres	
Total	12,117	%	10,516	%
0 a 4 años	583	4.80	543	5.20
5 a 9 años	669	5.50	603	5.70
10 a 14 años	788	6.50	610	5.80
15 a 19 años	932	7.70	715	6.80
20 a 24 años	919	7.60	708	6.70
25 a 29 años	1,184	9.80	913	8.70
30 a 34 años	1,104	9.10	933	8.90
35 a 39 años	945	7.80	808	7.70
40 a 44 años	806	6.70	690	6.60
45 a 49 años	729	6.00	637	6.10
50 a 54 años	817	6.70	732	7.00
55 a 59 años	767	6.30	708	6.70
60 a 64 años	616	5.10	585	5.60
65 a 69 años	492	4.10	478	4.50
70 a 74 años	379	3.10	380	3.60
75 a 79 años	205	1.70	233	2.20
80 años y más	182	1.50	240	2.30

Fuente: Anexo 9 Herramienta pirámide poblacional localidad de La Candelaria, año 2016

La estructura poblacional de la localidad muestra una acelerada transición demográfica con tendencia creciente al envejecimiento, en donde la proporción de la población adulta y adulta mayor crece más rápido al tiempo que disminuye la base de la pirámide poblacional, para los grupos de edad de menores de 25 años (figura 1).

Figura 1. Pirámide poblacional según quinquenios de edad, localidad de La Candelaria, 2006, 2011, 2016



Fuente: DANE-Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 Nacional y Departamental desagregado por área, sexo y grupos quinquenales de edad a abril/2017.

La distribución de la población por momentos del curso de vida evidencia que predomina la población adulta con un 42,8 %, en tanto el grupo de primera infancia e infancia apenas llega al 12,9 %; por sexo solo se evidencian diferencias significativas en el grupo de personas mayores en donde es mayor la proporción para las mujeres (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la población según curso de vida y sexo, localidad de La Candelaria, año 2016

Curso de vida	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primera infancia: 0 a 5 años	709	3.10	658	2.90	1,367	6.00
Infancia: 5 a 11 años	836	3.70	726	3.20	1,562	6.90
Adolescencia: 12 a 17 años	1,044	4.60	791	3.50	1,835	8.10
Juventud: 18 a 29 años	2,486	11.00	1,917	8.50	4,403	19.50
Adulthood: 30 a 59 años	5,168	22.80	4,508	19.90	9,676	42.80
Vejez :60 años y más	1,874	8.30	1,916	8.50	3,790	16.70
Total local	12,117	53.50	10,516	46.50	22,633	100.00

Fuente: DANE-Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020

La identificación de poblaciones especiales con base en el censo poblacional de 2005, indica que el 3,4 % de la población residente en La Candelaria se autoreconoce como raizal, palenquero, negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, en tanto el 1,4 % lo hace como indígenas (11). Adicionalmente, se identifican grupos que por su situación o condición pueden presentar desenlaces específicos en su proceso de salud – enfermedad, de los cuales se reporta mayor número de personas con discapacidad (con corte a 2016) y afrodescendientes (tabla 4).

Tabla 4. Población diferencial, localidad de La Candelaria. 2005-2016

Población Diferencial	
Población General Total 2016	22,633
Recicladores (UAESP, 2014)	31
Habitantes de calle (Censo, SDIS 2007-2011)	262
LGTBI (APS, 2014)	12
Personas en ejercicio de prostitución APS, 2014	4
Víctimas del conflicto armado (APS, BDUA, RUV, 2015)	1014
Población con discapacidad (RLCPCD 2004-2013, SDS)	1,982
Indígenas (SISPI, 2014)	80
Afrodescendientes (DANE 2005)	729

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE; con base en los datos de documentos de ASIS Diferencial de la localidad de La Candelaria. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.

La afiliación al sistema general de seguridad social en salud de la población residente en La Candelaria, de acuerdo con las estadísticas de aseguramiento de la SDS, se da principalmente en el régimen contributivo con el 65.7 % (n=14.875) de la población seguido del régimen subsidiado con el 20.3 % (n=4.604) (Tabla 5).

Tabla 5. Régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en Salud, localidad de La Candelaria, 2016

Régimen	n	%
R. Contributivo (e)	14.875	65.7
R. Excepción (e)	702	3.1
R. Subsidiado	4.604	20.3
Total SISBEN No Afiliados	3.316	0.6
No afiliados, no encuestados	5.642	10.2
Proyección DANE 2016	22.633	100

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Estadísticas aseguramiento 2016, Anexo Demográfico

1.3 Dinámica demográfica

Como se mencionó anteriormente, la población estimada para la localidad de La Candelaria es de 22.633 habitantes al año 2016, cifra que ha disminuido en un 6,3 % con respecto al año 2011 (n= 24.144) y un 5,7 % frente al año 2006 (n= 24.010); para el mismo periodo, los índices de infancia y juventud han disminuido en un 13,2 % y 21,6 %, respectivamente, al tiempo que se han incrementado todos los índices que evidencian envejecimiento poblacional, como por ejemplo los índices de vejez y de envejecimiento que han aumentado en un 38,8 % y 60,0 %, respectivamente (tabla 6).

Tabla 6. Indicadores demográficos, localidad de La Candelaria, 2006, 2011 y 2016

Índice demográfico	Año		
	2006	2011	2016
Población total	24,010	24,144	22,633
Población Masculina	12,465	12,686	12,117
Población femenina	11,545	11,458	10,516
Relación hombres: mujer	107.97	110.72	115
Razón niños: mujer	21	20	21
Índice de infancia	19	17	17
Índice de juventud	30	29	24
Índice de vejez	12	14	17
Índice de envejecimiento	62	83	100
Índice demográfico de dependencia	37.25	35.18	39.3
Índice de dependencia infantil	26.53	23.04	23.36
Índice de dependencia mayores	10.71	12.13	15.93
Índice de Friz	107.87	99.39	81.83

Fuente: DANE-Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 Nacional y Departamental desagregado por área, sexo y grupos quinquenales de edad a abril/2017.

La dinámica demográfica se ilustra con una tasa de crecimiento natural baja explicable por la disminución progresiva de la tasa de natalidad, tasa de

fecundidad global y general; la primera de ellas en los últimos cinco años disminuyó en un 30,4 % pasando de 16,0 a 11,1; la segunda de ellas pasó de 2,1 a 1,6 hijos por mujer en edad fértil del año 2012 al 2016, en tanto la tasa general de fecundidad se estima en 37,4 nacidos vivos por mil mujeres en edad fértil (tabla 7).

Tabla 7. Indicadores demográficos, localidad de La Candelaria, 2012 – 2016

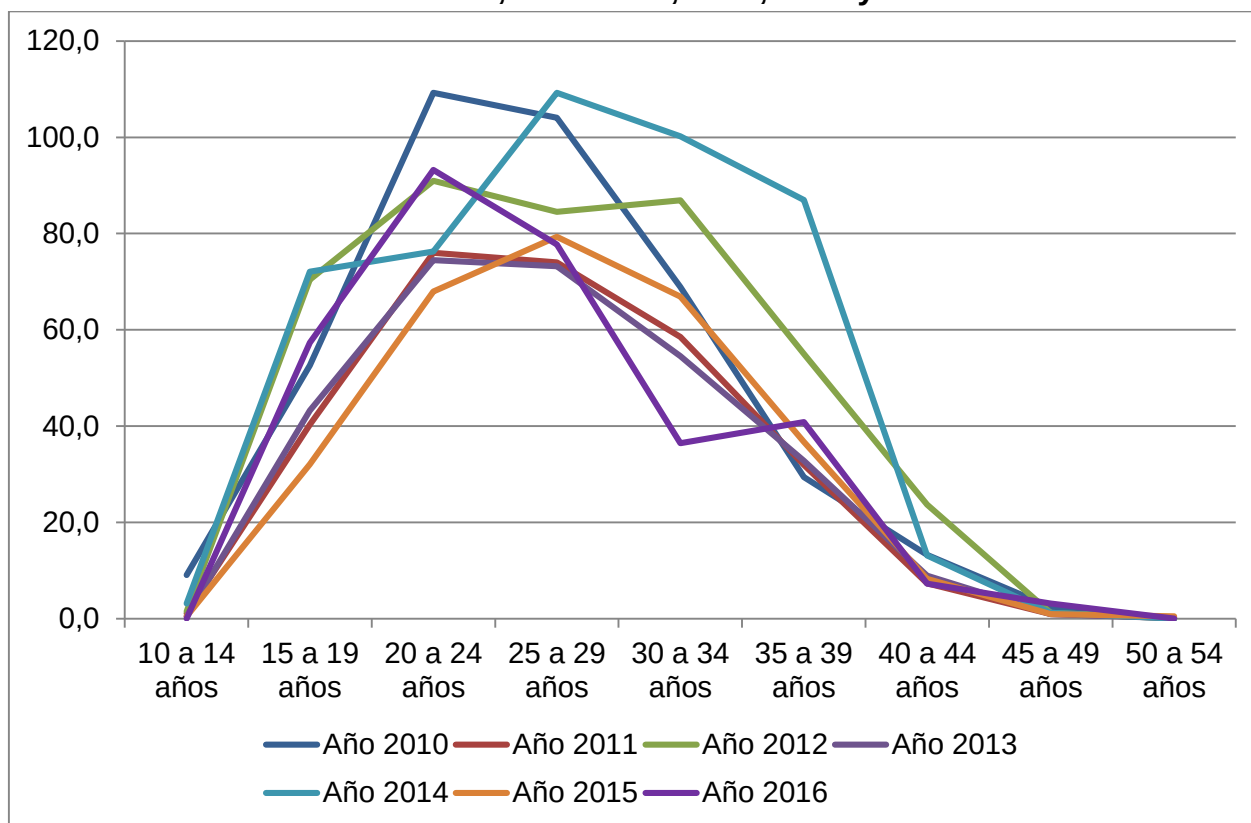
Tasa	Ubicación	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Tasa de crecimiento anual	La Candelaria	1.1	0.9	1.2	0.9	
	Subred Centro Oriente	1	1	1	0.9	
	Bogotá	1	1	1	0.9	
Tasa bruta de natalidad	La Candelaria	16	15.7	17.1	14	11.1
	Subred Centro Oriente	14.9	14.7	14.6	13.9	13.8
	Bogotá	13.9	13.3	13.4	13	12.3
Tasa global de fecundidad	La Candelaria	2.1	2.1	2.3	1.9	1.6
	Subred Centro Oriente	1.8	1.8	1.8	1.7	1.7
	Bogotá	1.6	1.6	1.6	1.6	1.5
Tasa general de fecundidad	La Candelaria	50.2	49.8	55	45.8	37.4
	Subred Centro Oriente	43.1	42.9	43	41.2	41.4
	Bogotá	39.1	37.7	38	37.2	35.6

Fuente: Indicadores demográficos subred y localidad 2010-2016, SDS bases diciembre 2016

Las tasas de fecundidad más altas se presentan en las mujeres entre 20 y 24 años, seguido por el de 25 a 29 años y el de 15 a 19 años de edad; cifras que en general han reportado disminución durante el periodo 2010 a 2016 pero en mayor proporción para el grupo de 30 a 34 años, en el cual disminuyó la tasa de fecundidad en 47,1 % al pasar de 68,9 a 36,4 nacimientos por mil nacidos vivos de madres de este grupo de edad en contraste con el incremento del 38,9 %

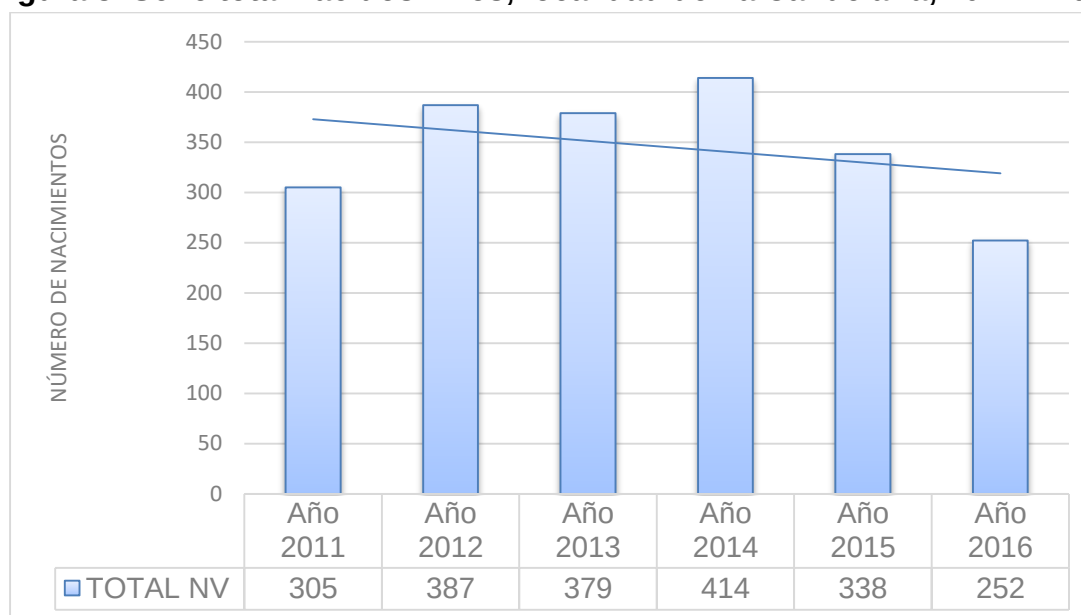
observado en el grupo de 35 a 39 años en donde la tasa pasó de 29,4 a 40,8 (figura 2).

Figura 2. Tasas específicas de fecundidad por edad, localidad de La Candelaria, años 2010, 2012, 2013 y 2016



Fuente: Indicadores demográficos subred y localidad 2010-2016, SDS bases diciembre 2016

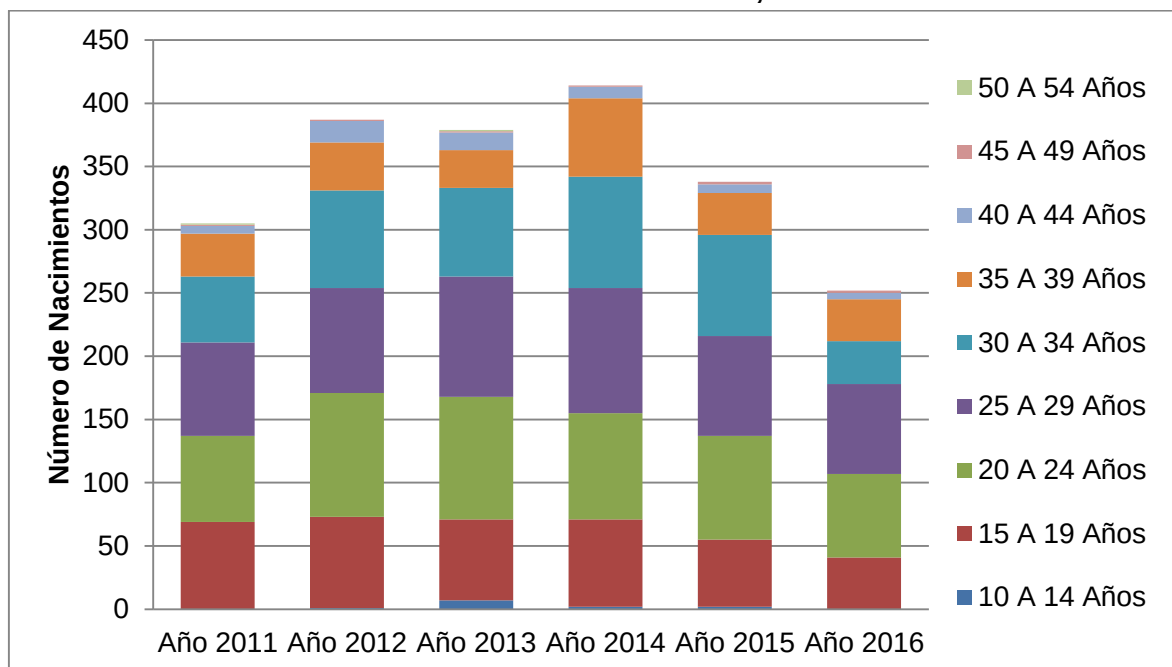
El comportamiento de los nacimientos en la localidad ha tenido un comportamiento variable con disminución del 17,4 % al pasar de 305 nacidos vivos en 2011 a 252 en el 2016 (figura 3).

Figura 3. Serie total nacidos vivos, localidad de La Candelaria, 2011 – 2016

Fuente: Datos 2011 a 2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND, actualizado 2014 el 14 de junio del 2015. Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Datos 2016: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

Con respecto a la edad de la madre por quinquenio, se observa que de los 15-19 años ha habido una disminución del 6 % desde el año 2011 donde se presentaron 69 casos al año 2016 con 41 casos; comportamiento que difiere en los quinquenios de 20-24 y de 25-29 años en donde se observa un incremento de los nacimientos; así para el 2011 el quinquenio de 20-24 aportó el 22.30 % (n=68) del total de los nacimientos, mientras que para este mismo grupo de edad en el año 2016 representaron el 26.19 % (n=66) (figura 4).

Figura 4. Distribución del número de nacimientos por edad de la madre, localidad de La Candelaria, 2016



Fuente: Nacimientos según sitio de residencia por localidad vs. edad de la madre 1999 – 2016, SDS (enviado 12-05-2017).

Los nacimientos de madres de 10-14 años durante los años 2012 a 2016 en total fueron 12; resaltando que en el año 2016 no se presentaron nacimientos en este grupo de edad. El 58.33 % correspondieron al sexo hombre, según régimen de seguridad social el 50 % pertenece al régimen contributivo, ningún nacimiento corresponde a alguna pertenecía étnica, el 16.67 (n=5) tiene un peso menor de 2500 gr, el 58.33 % (7) de las madres tenía estado civil soltera y el 75 % (n=9) cursaba la básica secundaria (tabla 8).

Tabla 8. Distribución nacimientos de madres de 10 a 14 años según variables sociodemográficas, localidad de La Candelaria, 2012 – 2016

EDAD 10 A 14 AÑOS		Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		1	100	7	100	2	100	2	100	0	100
Sexo	Hombres	1	100.00	3	42.90	1	50.00	2	100.00	0	100
	Mujeres	0	0.00	4	57.10	1	50.00	0	0.00	0	100
Régimen	Contributivo	0	0.00	3	42.90	2	100.00	1	50.00	0	100
	Subsidiado	1	100.00	1	14.30	0	0.00	1	50.00	0	100
	Excepción	0	0.00	1	14.30	0	0.00	0	0.00	0	100
	No asegurado	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	100
Etnia	Indígena	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	100
	Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afrodescendiente	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	100
	Ninguno de los anteriores	1	100.00	7	100.00	2	100.00	2	100.00	0	100
Peso al nacer	Extrabajo (0 - 999)	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	100
	Muy bajo (1000 - 1499)	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	100
	Bajo (1500 - 2499)	0	0.00	1	14.30	1	50.00	0	0.00	0	100
	Déficit (2500 - 2999)	0	0.00	2	28.60	1	50.00	0	0.00	0	100
	Normal (3000-4199)	1	100.00	4	57.10	0	0.00	2	100.00	0	100

Estado conyugal de la madre	No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja	0	0.00	2	28.60	1	50.00	1	50.00	0	100
	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	0	0.00	1	14.30	0	0.00	0	0.00	0	100
	Está separada, divorciada	0	0.00	2	28.60	0	0.00	0	0.00	0	100
	Está soltera	1	100.00	4	57.10	1	50.00	1	50.00	0	100
	Está casada	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	100
	Sin información	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	100
Nivel educativo de la madre	Preescolar	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	100
	Básica primaria	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	100
	Básica secundaria	0	0.00	6	85.70	2	100.00	1	50.00	0	100
	Media académica o clásica	0	0.00	4	57.10	0	0.00	0	0.00	0	100
	Media técnica	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	100
	Ninguno	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	100
	Sin información	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	100

Fuente: 2012-Base de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. Datos publicados octubre 31 del 2014, Ajustado 02-06-2015. 2013 Base de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales, ajustado 22-12-2015-publicación definitiva DANE del 30 de julio del 2015. 2014-Base de datos DANE - RUAF_ND-final, Ajustado 20 -08-2016 (Publicación DANE 30 de junio 2016). 2015-Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES, Ajustado 19-01-2016 (Corte 18-01-2016). 2016-Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES, Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

Para los nacimientos de 15 a 19 años durante el periodo evaluado se observa que el 52.2 % (n=156) corresponde al sexo masculino, el 46.8% (n=140) pertenece al régimen contributivo en seguridad social, el 5.7% (17) no se encontraba asegurado, y el 18.1 % (n=54) de los nacimientos tiene bajo peso al nacer. Según el estado conyugal el 29 % (n=87) No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja; finalmente el 28.1 % (n=84) se encontraba cursando la básica secundaria (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución nacimientos de madres de 15 a 19 años según variables sociodemográficas, localidad de La Candelaria, 2012 – 2016

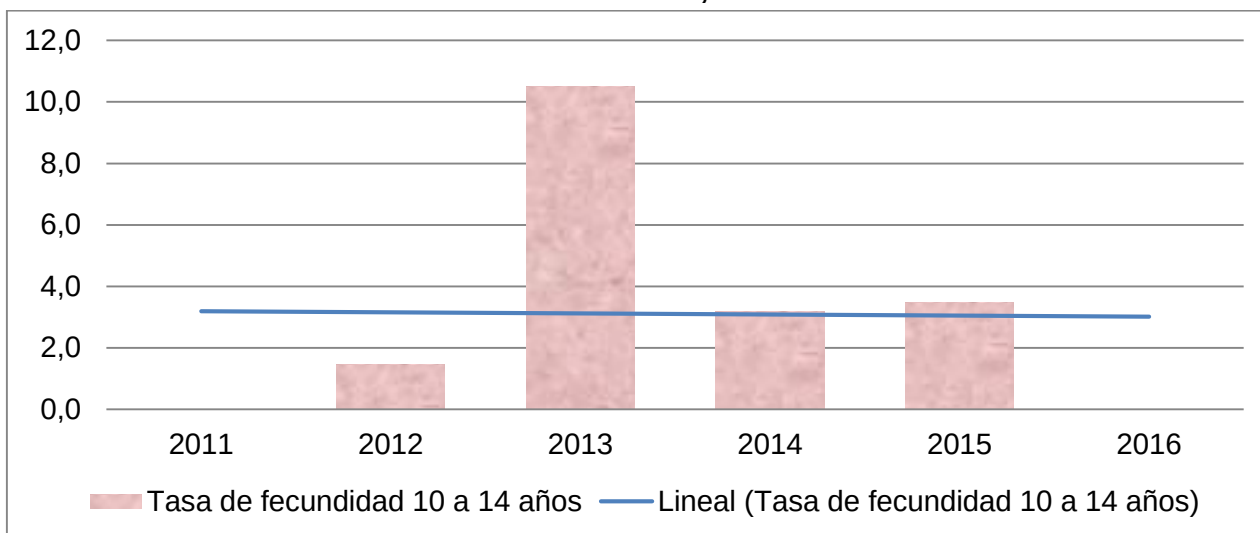
Edad 15 a 19 años		Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016	
		n		n		n		n		n	
		72	100	64	100	69	100	53	100	41	100
Sexo	Hombres	46	63.90	29	45.30	34	49.30	25	47.20	22	53.70
	Mujeres	26	36.10	35	54.70	35	50.70	28	52.80	19	46.30
Régimen	Contributivo	33	45.80	25	39.10	28	40.60	26	49.10	17	41.50
	Subsidiado	30	41.70	31	48.40	34	49.30	22	41.50	23	56.10
	Excepción	2	2.80	1	1.60	2	2.90	1	1.90	0	0.00
	Especial	0	0.00	7	10.90	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	No asegurado	7	9.70	0	0.00	5	7.20	4	7.50	1	2.40
Etnia	Indígena	1	1.40	1	1.60	1	1.40	1	1.90	0	0.00
	Palenquero de san basilio	0	0.00	0	0.00	1	1.40	0	0.00	0	0.00
	Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	0	0.00	1	1.60	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Ninguno de los anteriores	71	98.60	62	96.90	67	97.10	52	98.10	41	100.00
Peso al nacer	Extrabajo (0 -999)	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Muy bajo (1000 - 1499)	2	2.80	1	1.60	2	2.90	0	0.00	0	0.00
	Bajo (1500 -2499)	7	9.70	13	20.30	11	15.90	9	17.00	9	22.00
	Déficit (2500 -2999)	28	38.90	21	32.80	23	33.30	17	32.10	13	31.70
	Normal (3000-4199)	35	48.60	29	45.30	33	47.80	27	50.90	19	46.30
	Exceso (4200 y más)	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

Estado conyugal de la madre	No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja	18	25.00	17	26.60	18	26.10	20	37.70	13	31.70
	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	23	31.90	22	34.40	25	36.20	9	17.00	8	19.50
	Está separada, divorciada	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Está viuda	29	40.30	23	35.90	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Está soltera	2	2.80	1	1.60	26	37.70	19	35.80	18	43.90
	Está casada	2	2.80	1	1.60	0	0.00	3	5.70	2	4.90
	Sin información	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	3.80	0	0.00
Nivel educativo de la madre	Preescolar	0	0.00		0.00	0	0.00		0.00	0	0.00
	Básica primaria	7	9.70		0.00	3	4.30		0.00	6	14.60
	Básica secundaria	33	45.80		0.00	38	55.10		0.00	13	31.70
	Media académica o clásica	24	33.30		0.00	25	36.20		0.00	19	46.30
	Media técnica	2	2.80		0.00	1	1.40		0.00	1	2.40
	Normalista	0	0.00		0.00	0	0.00		0.00	0	0.00
	Técnica profesional	1	1.40		0.00	0	0.00		0.00	0	0.00
	Tecnológica	3	4.20		0.00	1	1.40		0.00	1	2.40
	Profesional	0	0.00		0.00	0	0.00		0.00	0	0.00
	Ninguno	1	1.40		0.00	0	0.00		0.00	0	0.00
	Sin información	1	1.40		0.00	0	0.00		0.00	1	2.40

Fuente: 2012-Base de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. Datos publicados octubre 31 del 2014, Ajustado 02-06-2015. 2013 Base de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales, ajustado 22-12-2015-publicación definitiva DANE del 30 de julio del 2015. 2014-Base de datos DANE - RUAF_ND-final, Ajustado 20 -08-2016 (Publicación DANE 30 de junio 2016). 2015-Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES, Ajustado 19-01-2016 (Corte 18-01-2016). 2016-Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES, Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

La tasa de fecundidad en menores de 10 a 14 años ha sido variable, y es altamente sensible por el tamaño poblacional de la localidad; su valor más alto se observa en el año 2013 con 10,5 nacimientos en menores de 10 a 14 años por mil nacidos vivos, en tanto para los años 2011 y 2016 se estima en 0 (figura 5).

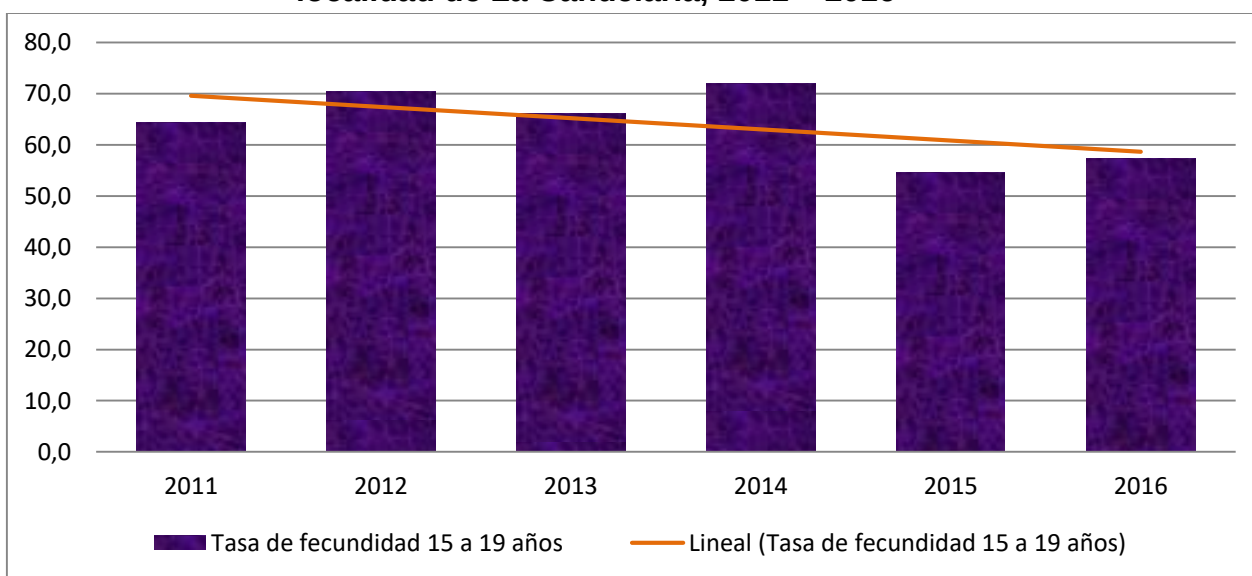
Figura 5. Tasas específicas de fecundidad de 10 a 14 años, localidad de La Candelaria, 2011 – 2016



Fuente: Indicadores demográficos subred y localidad 2010-2016, SDS bases diciembre 2016

En el grupo de 15 a 19 años, la tasa de fecundidad más alta se presenta en el año 2014 con 72,1 nacimientos en menores de 15 a 19 años por mil nacidos vivos; no obstante, esta cifra reporta disminución durante el periodo 2011 a 2016 del 10,9 % al pasar de 64,4 a 57,3 nacimientos por mil nacidos vivos de madres de este grupo de edad (figura 6).

Figura 6. Tasas específicas de fecundidad de 15 a 19 años, localidad de La Candelaria, 2011 – 2016



Fuente: Indicadores demográficos subred y localidad 2010-2016, SDS bases diciembre 2016.

1.4 Conclusiones

La Candelaria es una localidad pequeña, de baja densidad poblacional con características en estructura y dinámica poblacional diferentes al resto del Distrito Capital; avanza muy rápidamente en la transición demográfica tanto por el proceso de envejecimiento como por el descenso de la mortalidad y natalidad, los cuales se ven reflejados en la tasa bruta de natalidad y mortalidad, como en el número de nacimientos totales; sumado a lo anterior hay disminución de los índices de infancia y juventud los cuales son menores a los reportados para la ciudad de Bogotá.

Esta dinámica de envejecimiento ha permitido la alta proporción de hogares unipersonales, por otro lado, el reporte de registros de personas con discapacidad que sería equivalente al 8,8 % de las poblaciones más elevada que la de Bogotá la cual se aproxima al 4 %.

En términos de fecundidad, se observa postergación de la maternidad expresado en el incremento de la tasa específica de fecundidad para el grupo de 35 a 39 años de edad mientras que para los demás grupos de edad se observa una disminución.

El fenómeno de embarazo adolescente ha venido en descenso, lo que demuestra la efectividad de las acciones que se han propuesto en los sectores locales y distritales, por tal motivo se debe seguir trabajando en las mismas para seguir con resultados de tendencia a la baja.

2. DETERMINANTES Y CONDICIONES DE VIDA

Debido a su capacidad para influir en las desigualdades de la situación de salud, es importante relacionar las características socioeconómicas de la población y su incidencia en la calidad de vida de los individuos. Para tal fin, el presente apartado expone algunos aspectos económicos y sociales que dan cuenta de las dinámicas y las condiciones de vida que afectan el proceso salud – enfermedad de la población de la localidad de La Candelaria.

Con respecto a las condiciones económicas se encuentra que, de acuerdo con la Encuesta Multipropósito 2014, la localidad tiene una proporción de pobreza del 4 % y de miseria del 0,3 % por Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI–; asimismo se encuentra que el porcentaje de alta dependencia económica disminuyó de 1,9 % a 1,10 % entre los años 2011 y 2014. Otro indicador que llama la atención para el análisis de la presente dimensión es el porcentaje de pobres totales y pobres extremos totales los cuales reportan un 15,90 % y 5 % respectivamente, es decir que hay dinámicas socioeconómicas asociadas a la pobreza que afectan la calidad de vida de la población en términos de seguridad alimentaria y nutricional, el acceso a servicios de salud y acceso a vivienda saludable. Parte de lo anterior se refleja en el 5,70 % de los hogares de la localidad en los cuales, debido a su situación económica, alguno de sus miembros no consumió ninguna de las tres comidas en uno o más días a la semana. En el mapa 2 se puede apreciar que en la localidad predominan tres estratos socio económicos; los cuales son el 0 el 2 y el 3, el estrato 0 hace alusión a usos del suelo predominantemente institucional con ausencia de población residente, el estrato 3 corresponde al occidente en su mayoría, cuyo uso del suelo es predominantemente de tipo comercial, y al oriente se pueden encontrar usos del suelo mixto, en su mayoría residencial tipo propiedad horizontal combinados con usos comerciales. Al oriente y sur de la localidad se puede apreciar un predominio del estrato 2, el cual corresponde a la zona más residencial de la localidad, en el mapa se puede apreciar cómo esta zona de estrato dos presenta dos diferencias significativas en cuanto a la cercanía a la infraestructura de educación salud y recreación en donde la población que está al costado sur de la localidad carece de infraestructura de este tipo en sus barrios.

En relación con la situación nutricional llaman la atención los indicadores reportados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica –SISVAN– en el año 2015 a la Secretaría Distrital de Salud –SDS–; en ellos se aprecia que la localidad de La Candelaria tiene un cumplimiento aceptable de la meta en los índices de desnutrición en menores de 5 años pues el 80 % de los menores se encuentran en un estado nutricional ideal; empero resultan alarmantes los indicadores de desnutrición crónica y global en menores de 5 años, los cuales dan cuenta del 64 % y 60 % respectivamente, de manera similar ocurre con la población gestante pues se evidencia que su proporción corresponde al 48% de gestantes con peso adecuado para la edad de gestación. Igualmente, en los adultos mayores la situación nutricional es crítica, pues la localidad tiene una proporción de personas mayores con peso adecuado equivalente al 33 %.

En cuanto al contexto de vivienda, el 3 % de los hogares de la localidad presenta una situación de hacinamiento crítico según lo demuestra la Encuesta Multipropósito 2014. En cuanto al déficit cuantitativo el 3,3 % de las viviendas presenta problemas habitacionales relacionados con la presencia de goteras en el techo, humedad y grietas tanto en el techo y en las paredes.

Frente a la tenencia del predio, se encuentra que el 58,22 % de las personas residentes en La Candelaria no viven en un predio propio por lo cual hacen referencia a la habitabilidad en la modalidad arriendo. Adicionalmente, desde los recorridos de apropiación territorial realizados en la localidad se han identificado edificaciones residenciales deterioradas utilizadas como inquilinatos o paga-diarios. Lo que se asocia a la necesidad habitacional que surge en consecuencia de la pobreza característica de parte la localidad mencionada.

Por otra parte, en el ámbito de la salud es importante contextualizar que, de acuerdo con la Encuesta Multipropósito 2014, el 90,40 % de la población cuenta con la afiliación al Sistema General de Seguridad Social y de Salud –SGSSS– distribuidos así: el 32 % al régimen subsidiado, el 64,30 % al contributivo y el 3,10 % al régimen especial se debe resaltar que en la localidad solo existe una sede de salud de tipo pública nivel 1, y la oferta institucional de tipo privado que

existe en ella está ligada a las instituciones educativas que están presentes en la localidad. En este ámbito llama la atención la debilidad en la adherencia a los hábitos y estilos de vida saludables, pues solo el 9,51 % de la población asume dichas pautas. Adicionalmente, la proporción de personas que practican un deporte entre 3 o más veces a la semana en la localidad de La Candelaria es de un 21,91 % de personas reportadas para este indicador.

En relación con la movilidad, el visor de malla vial del IDU, datos con corte a dic-31-2014 permite mostrar que la localidad cuenta con una malla vial relativamente regular, pues, aunque el 73 % de la malla vial troncal se encuentra en buen estado, el 54 % de la malla vial intermedia y el 77 % de la malla vial local no están en un estado óptimo. Por su parte desde el ámbito ambiental se reporta para la localidad, en la Encuesta Multipropósito 2014 con un porcentaje aceptable del 71,3 %. Sin embargo, la opinión sobre la calidad del aire muestra un 46 % de negatividad en la percepción ciudadana.

Para el año 2014, según la Encuesta Multipropósito, en la localidad las personas manifiestan tener algún problema de seguridad. Un 38 %, las personas encuestadas sienten que la ubicación de sus viviendas es segura y solo un 46 % las personas opinan que este sector ha mejorado en términos de la vigilancia, seguridad y la reacción oportuna y eficiente de la policía.

En la misma encuesta se puede observar que los indicadores de educación referidos a la oportunidad y disponibilidad del servicio en la educación primaria y básica media, el cumplimiento es sobresaliente con un 89 % lo cual se puede deber a la amplia oferta de colegios y universidades en la zona; de ahí que el grupo etario de 16 a 17 años tenga un porcentaje de asistencia del 81 % y el grupo de 18 a 25 años un 57 %.

En la dimensión de recreación, la encuesta bienal de culturas del año 2015 muestra que la localidad cuenta con un bajo porcentaje de los indicadores que pretenden mostrar la práctica regular o guiada de ejercicio; aquí se evidencia que el 18 % de las personas residentes van eventos deportivos y el 20 % de personas

han hecho ejercicios aeróbicos durante los últimos siete días. Por otra parte, se observa un 20 % de desempeño en relación con la participación social en las políticas nacionales y decisiones locales de interés general, porcentaje insuficiente que sin embargo es el más alto de la Subred.

Para explorar los aspectos culturales de la localidad se eligieron indicadores que dieran cuenta de la cultura como una serie de interrelaciones que favorecen expresiones subjetivas y comunitarias. Para La Candelaria, es importante reconocer que siendo una de las localidades más antiguas de la ciudad y por lo mismo con mayor contenido histórico en la capital, presente, según la Encuesta Bienal del Culturas del año 2015, un desempeño insuficiente en este ámbito cultural (28 %). A pesar de ello se detecta un mayor uso de infraestructura dispuesta para actividades culturales, seguramente porque en esta localidad se presentan mayor cantidad de equipamientos, como es posible corroborar por la razón que los relaciona con la cantidad de habitantes (166).

2.1 Aspectos territoriales

Existe una latente preocupación en la localidad frente a la conservación y fomento de la estructura ecológica, por ello algunos espacios verdes adquieren una mayor importancia. Lo mismo ocurre con los cuerpos de agua que como el río Rumichaco requieren de un proceso de recuperación de su cuenca a través de la restauración del bosque nativo especialmente desde sus cuatro afluentes: El Mochón del Diablo, Espinto, San Bruno y el Mochón.

También se requiere el fortalecimiento de la oferta recreativa y deportiva que se relacione con los espacios verdes y genere una mayor apropiación social de los mismos. Es el caso del parque la Alameda.

Es frecuente la preocupación de los habitantes de la localidad con respecto a las nuevas construcciones que pueden contar los espacios verdes cercanos a la circunvalar. Y se observa una constante inquietud, que tiene antecedentes de denuncias previas por parte de la comunidad, con respecto al impacto ambiental y de salud que genera una antena de Claro cercana al parque la Alameda. De igual

manera, son recurrentes los reclamos de la comunidad frente a la filtración hídrica que se presenta por cuenta de la fisura de un tubo del acueducto cercano a la avenida circunvalar que podría estar causando la sedimentación del suelo, lo que se configura como un detonante del riesgo natural dado el nivel de amenaza por remoción en masa evaluado en el territorio (mapa 2).

Otro aspecto que acompaña la protección del patrimonio está relacionado con la memoria histórica del territorio como mecanismo de cohesión social y fortalecimiento del tejido social.

Con respecto al uso del suelo las expectativas comunitarias están dirigidas al fortalecimiento del uso residencial y ven con preocupación la generación de proyectos que disten de ello. Se manifiesta una divergencia entre los intereses de los habitantes y las dinámicas que se establecen en un territorio de alto flujo de población. Desde la perspectiva distrital la importancia de la localidad está enmarcada en un contexto más amplio que implica la relación de sectores educativos, gubernamentales y comerciales. Por tanto, una de las necesidades primordiales propias de la localidad consiste en mecanismos participativos y de concertación que permitan el diálogo entre las dos perspectivas de ciudad.

Con respecto al uso del suelo hace falta prestar mayor atención frente a la situación legal de los predios que permita mayor claridad con respecto a los terrenos y se realice la debida titulación en los casos que lo ameriten. Esto puede contribuir al manejo de lotes abandonados y casas ilegales que se han convertido en foco de distintas problemáticas como la indebida disposición de basuras que a su vez atrae vectores, problemas de seguridad por la presencia de microtráfico y habitantes de calle.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es el deterioro de viviendas que afectan la estructura y generan riesgo, la antigüedad de las casas requiere de una revisión continua que permita establecer y priorizar mantenimiento.

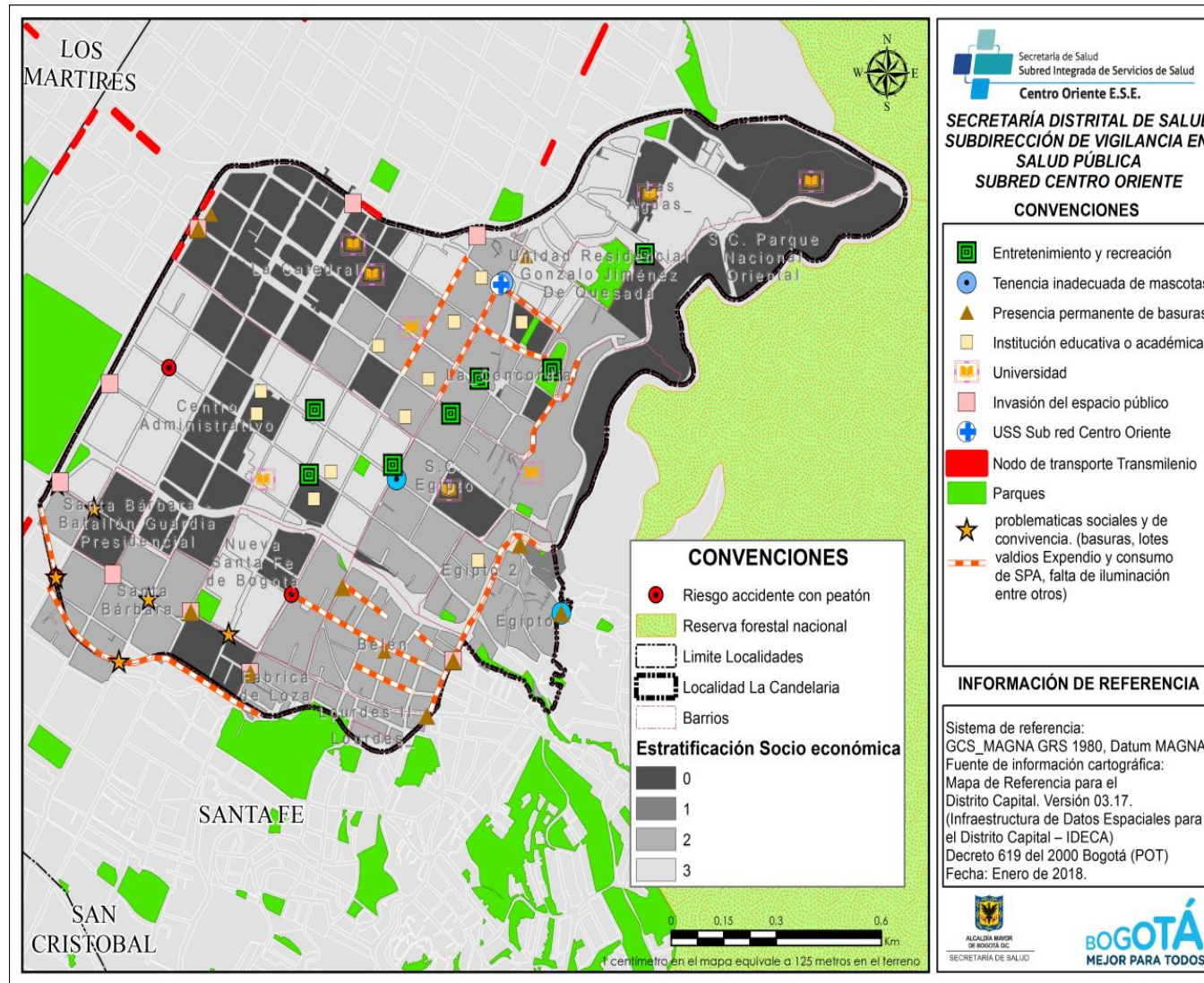
En cuanto a la movilidad, la falta de transporte público y frecuencia de las rutas existentes del SITP genera una insatisfacción e impacto en la calidad de vida de los habitantes del sector. Algunos sectores requieren semaforización para controlar el tránsito vehicular que permita mayor transitabilidad de los peatones y reducción de accidentalidad, al igual que el mantenimiento del malla vial que presenta un notable deterioro.

También se presentan problemas de tránsito peatonal en las inmediaciones a la avenida circunvalar donde la comunidad solicita una vía alterna que priorice la seguridad del transeúnte y reductores de velocidad en los siguientes puntos.

Algo que afecta la movilidad peatonal, que por ser un sector de alto tránsito peatonal y vías estrechas es el continuo parqueo de escoltas en las inmediaciones a las edificaciones institucionales.

El siguiente mapa muestra las problemáticas mencionadas:

Mapa 2. Condiciones de vida identificadas, Localidad de La Candelaria



Fuente: Matriz de determinantes documento ACCVSyE local, Subred Centro Oriente ESE. Junio 29 de 2017.

3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

3.1 Mortalidad

La tasa de mortalidad cruda para la localidad en el año 2014 fue de 488,81 % por 100.000 habitantes, la cual fue mayor para el sexo hombre 531 por 100.000 habitantes en comparación con el sexo mujer que fue de 528.35 por 100.000 habitantes; para realizar un análisis a profundidad en este apartado se realizará la evaluación de las causas de mortalidad en la población de la localidad de la candelaria del periodo 2012 a 2015, según lista 6/67 de la OMS.

3.1.1 Mortalidad grandes causas 6/67

La población mayor de 80 años representa el 31,83 % (n=127) del total de las muertes en la localidad debido principalmente al grupo de las demás causas y enfermedades del sistema circulatorio mientras que las muertes en los menores de cinco años representa un 2,01 % (n=8) de la totalidad relacionado con las afecciones del periodo perinatal (Tabla 10).

Tabla 10. Mortalidad por quinquenios según grandes causas, localidad de La Candelaria, 2012 – 2014

EDAD	De 0 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 29 años	De 30 a 34 años	De 35 a 39 años	De 40 a 44 años	De 45 a 49 años	De 50 a 54 años	De 55 a 59 años	De 60 a 64 años	De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 y más años
Enfermedades transmisibles																	
2012	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	2
2013	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	2	5	1	2
2014	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	4
Neoplasias																	
2012	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	5	4	4	5	3	3
2013	1	0	0	1	1	2	1	2	0	4	1	4	2	6	4	7	7
2014	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4	1	6	3	4	2	7
Enfermedades sistema circulatorio																	
2012	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	4	3	9
2013	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	1	5	4	5	8	7	21
2014	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	2	1	2	7	16
Afecciones periodo perinatal																	
2012	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2013	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2014	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Causas externas																	
2012	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
2013	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0
2014	0	0	0	0	3	0	0	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0
Las demás causas																	
2012	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	2	0	4	7	8	3	19
2013	1	0	0	0	2	0	1	1	1	0	1	4	4	3	7	2	16
2014	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	4	4	3	1	16
signos y síntomas mal definidos																	
2012	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
2013	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2014	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

El análisis de mortalidad según causa 6/67 indicó que, para la localidad, el grupo de las demás causas se ubica en el primer lugar, a pesar de lo anterior el comportamiento de la tasa cruda ha venido en descenso pasando de 190,40 136,70 por 100.000 habitantes para el periodo 2012 – 2014; en segundo lugar, se ubican las enfermedades sistema circulatorio, la tasa ha tenido un comportamiento irregular teniendo un aumento en el año 2013 la cual fue de 231,8 por 100.000 habitantes; como tercera causa se encuentran las neoplasias. Según sexo, el comportamiento de las tasas crudas tiene una variación en la posición de las causas, siendo así para los hombres la primera causa de mortalidad debido a las

enfermedades del sistema circulatorio en donde para el año 2014 fue de 172,09 por 100.000 habitantes, la tasa ha tenido un comportamiento irregular, aumentando en el año 2013 a 250,80 por 100.000 habitantes, como segunda causa se encuentra el grupo de las demás causas la cual paso de una tasa de 204,31 en el años 2012 a 125,16 por 100.000 habitantes en el 2014. Para las mujeres, la primera causa de mortalidad son las neoplasias en donde para el año 2014 la tasa fue de 158,51 por 100.000 mujeres, seguido del grupo de las demás causas la cual fue de 149,70, finalmente, las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el tercer lugar con una tasa de 79,25 (tabla 11).

Tabla 11. Tasas crudas grandes causas 6/67 según sexo y total, localidad de La Candelaria, 2012 – 2014

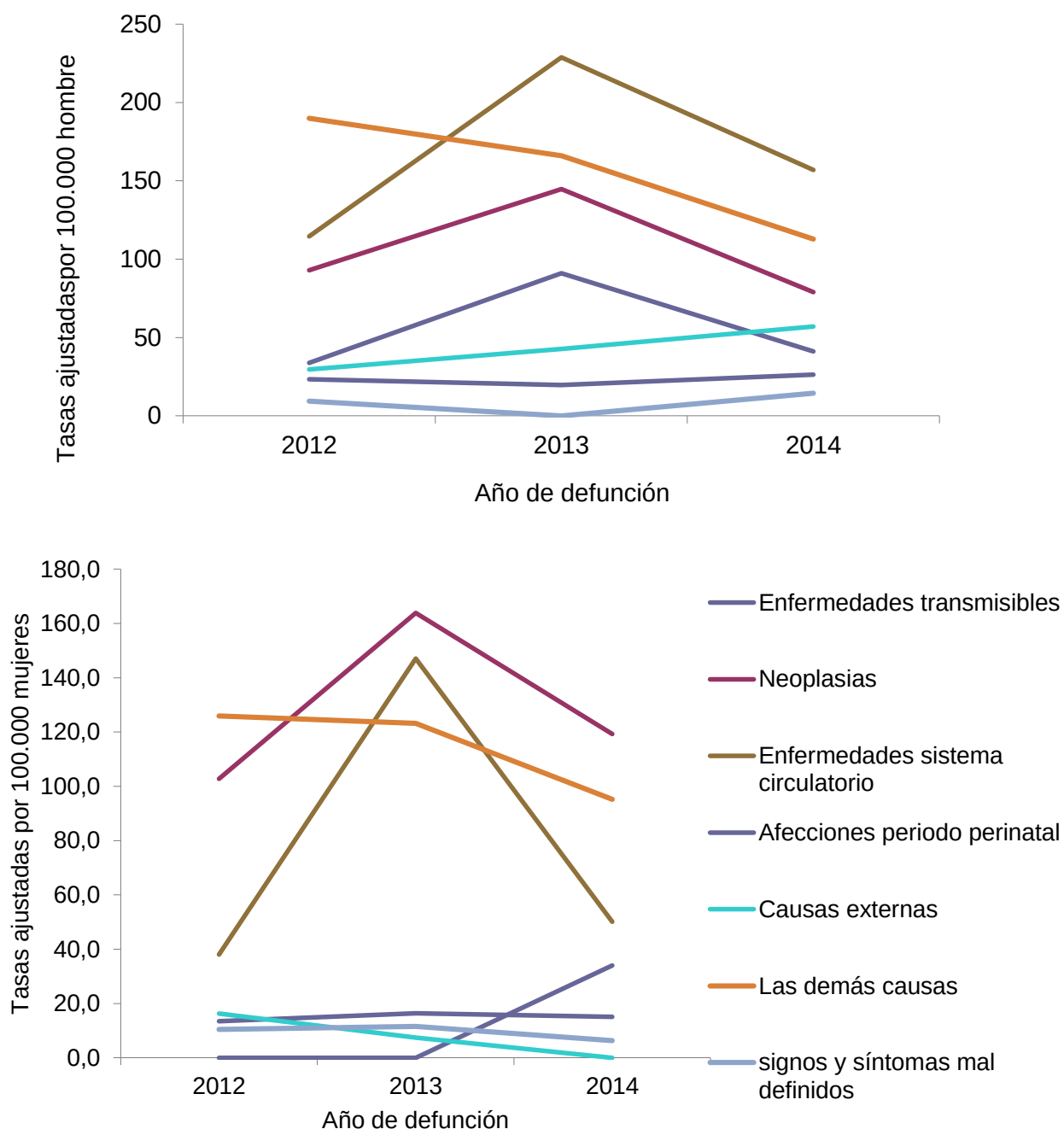
Grandes causas 6/67	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Enfermedades transmisibles	39.29	94.05	46.93	17.49	17.54	26.42	28.97	57.95	37.28
Neoplasias	102.15	148.91	93.87	131.19	210.51	158.51	115.89	177.98	124.28
Enfermedades sistema circulatorio	117.87	250.8	172.09	52.48	210.51	79.25	86.92	231.79	128.42
Afecciones periodo perinatal	15.72	15.68	15.64	0	0	17.61	8.28	8.28	16.57
Causas externas	31.43	47.03	62.58	26.64	8.77	0	28.97	28.97	33.14
Las demás causas	204.31	180.26	125.16	174.92	175.42	149.7	190.4	177.98	136.7
signos y síntomas mal definidos	7.86	0	15.64	17.49	17.54	8.81	12.42	8.28	12.43

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

El análisis de tasas ajustadas según sexo, durante el mismo periodo evaluado, y en comparación con la subred se observó que la causa 6/67 neoplasias para el sexo femenino ha sido más elevada para la localidad, presentándose la diferencia más alta para el año 2013 en donde la tasa local supera en 43,9 % la tasa de la subred. Para el sexo hombre, se observa en el año 2013 y 2014 la tasa de

enfermedades del sistema circulatorio es más elevada para la localidad, siendo la diferencia mayor para el año 2013 con un 53,45 % más (figura 7).

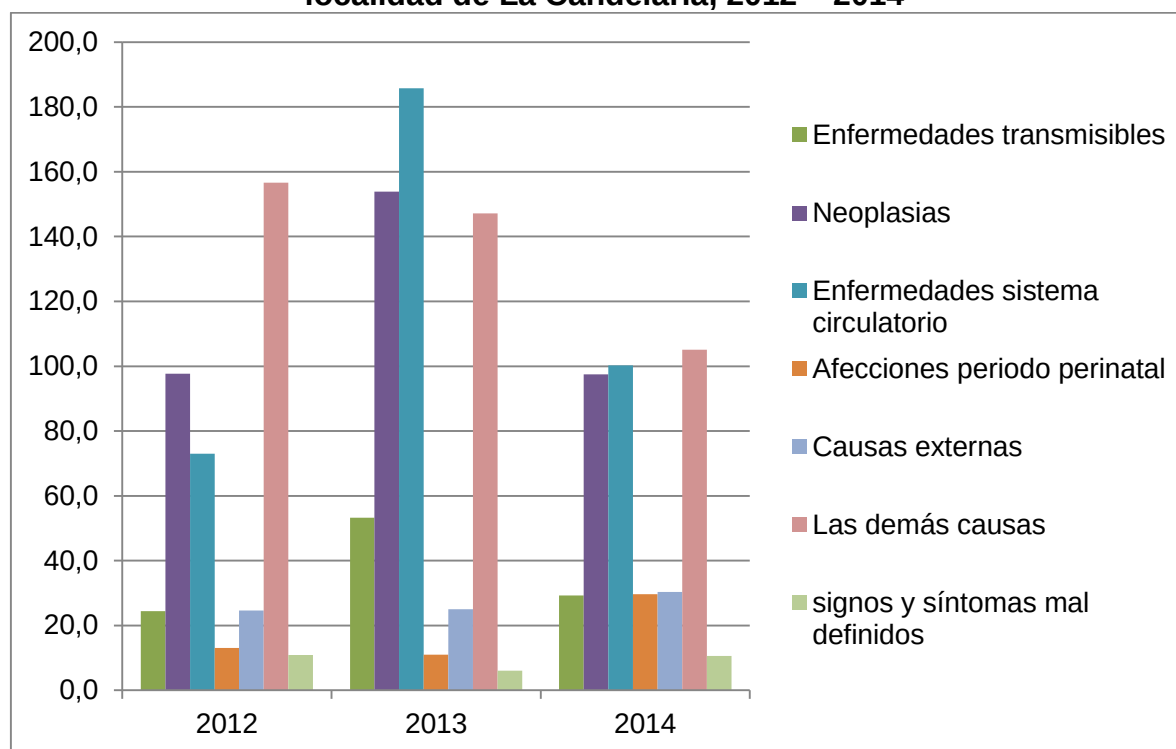
Figura 7. Tasas ajustadas grandes causas 6/67 según sexo, localidad de La Candelaria, 2012 – 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

El grupo de las demás causas comprenden las tasas ajustadas más altas a nivel local mientras que en la subred es por las enfermedades del sistema circulatorio con reportes de 105,1 y 157,2 por 100.000 habitantes, respectivamente (figura 8).

Figura 8. Tasas ajustadas grandes causas 6/67, localidad de La Candelaria, 2012 – 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

3.1.2 Mortalidad por subgrupos grandes causas 6/67

El análisis de mortalidad por subgrupos de causas 6/67 durante el periodo de 2012 a 2014, mostró que las tasas crudas más altas se atribuyen a las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares para ambos sexos a nivel local y de subred. En los hombres de la localidad, las tasas crudas presentan un comportamiento creciente excepto en las mortalidades por enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus y el resto de enfermedades del sistema digestivo; a nivel de subred, las enfermedades hipertensivas, enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares se encuentran en aumento. Comportamiento similar se

presenta en las mujeres, donde las tasas crudas se encuentran en aumento excepto por las enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes mellitus (tabla 12).

Tabla 12. Tasas crudas subgrupos grandes causas 6/67 según sexo, localidad de La Candelaria, 2012 – 2014

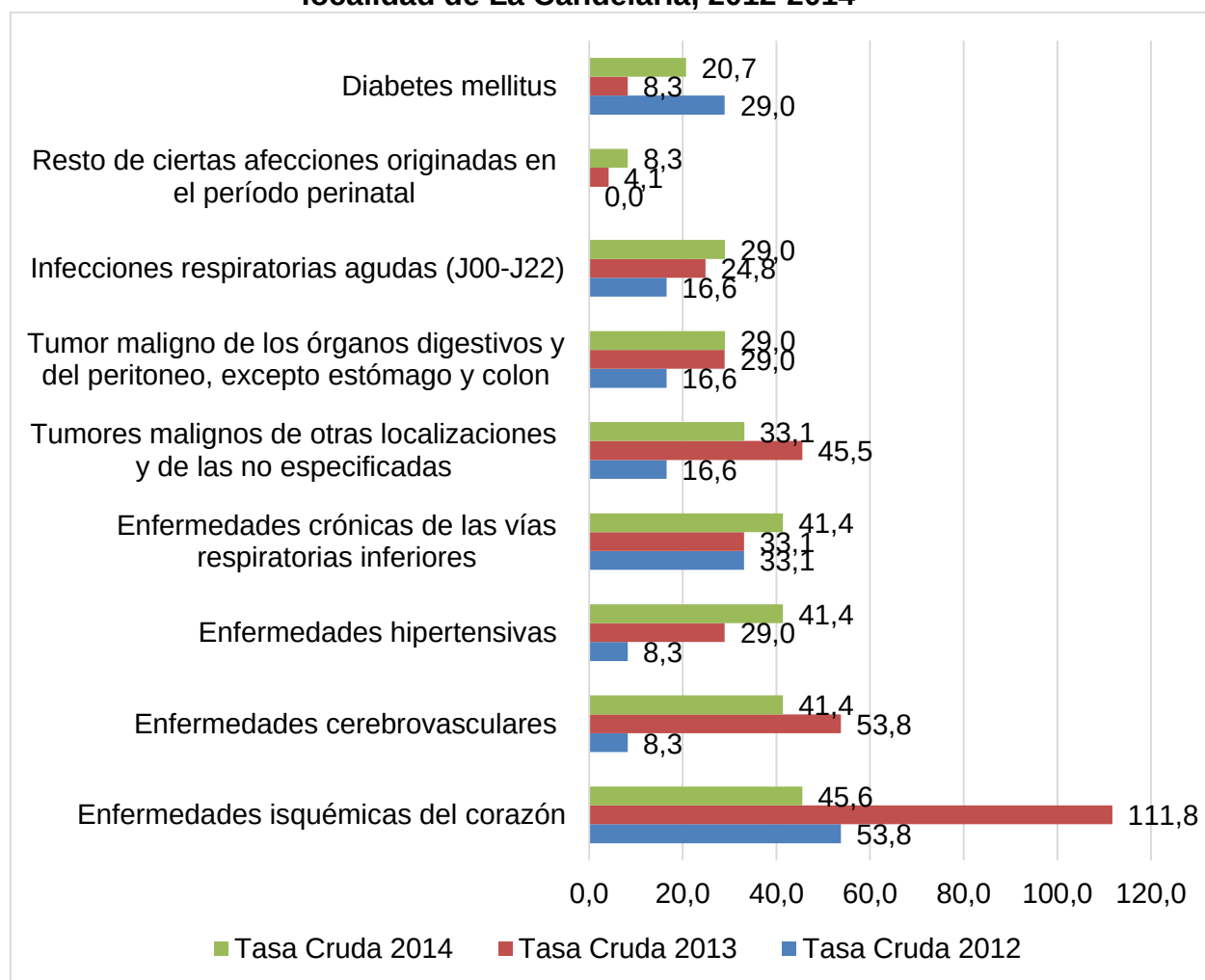
Subgrupos	La Candelaria					
	Hombres			Mujeres		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Enfermedades isquémicas del corazón	70.72	133.24	62.58	34.98	87.71	26.42
Enfermedades hipertensivas	15.72	31.35	54.76	0	26.31	26.42
Enfermedades cerebrovasculares	7.86	47.03	54.76	8.75	61.4	26.42
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	39.29	23.51	46.93	26.24	43.86	35.22
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	7.86	54.86	23.47	26.24	35.08	44.03
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	7.86	31.35	23.47	26.24	26.31	35.22
Diabetes mellitus	15.72	0	7.82	43.73	17.54	35.22
Resto de enfermedades del sistema digestivo	47.15	7.84	0	26.24	26.31	35.22
Infecciones respiratorias agudas	15.72	39.19	31.29	17.49	8.77	26.42
Tumor maligno de la mama de la mujer (C50 en mujeres)	0	0	0	17.49	17.54	26.42

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

Según subgrupos de causas lista 6/67, tanto la localidad como la subred comparten las primeras causas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedades hipertensivas y enfermedades cerebrovasculares; a nivel local, las tasas crudas estimadas para la primera causa es de 45,57 por 100.000 habitantes y para las

tres siguientes en 41,43 por 100.000 habitantes, respectivamente; en comparación con la subred, las tasas crudas de mortalidad son de 67,56, 34,49, 18,13 y 35,91 por 100.000 habitantes, respectivamente (figura 9).

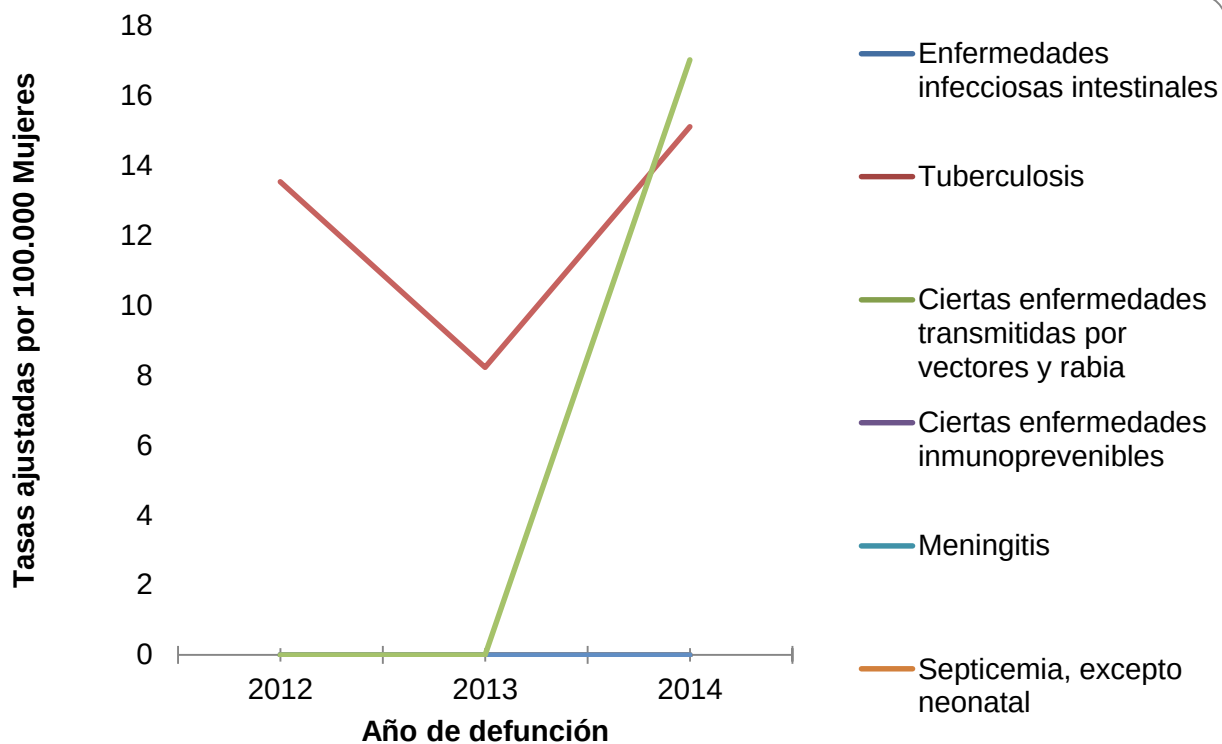
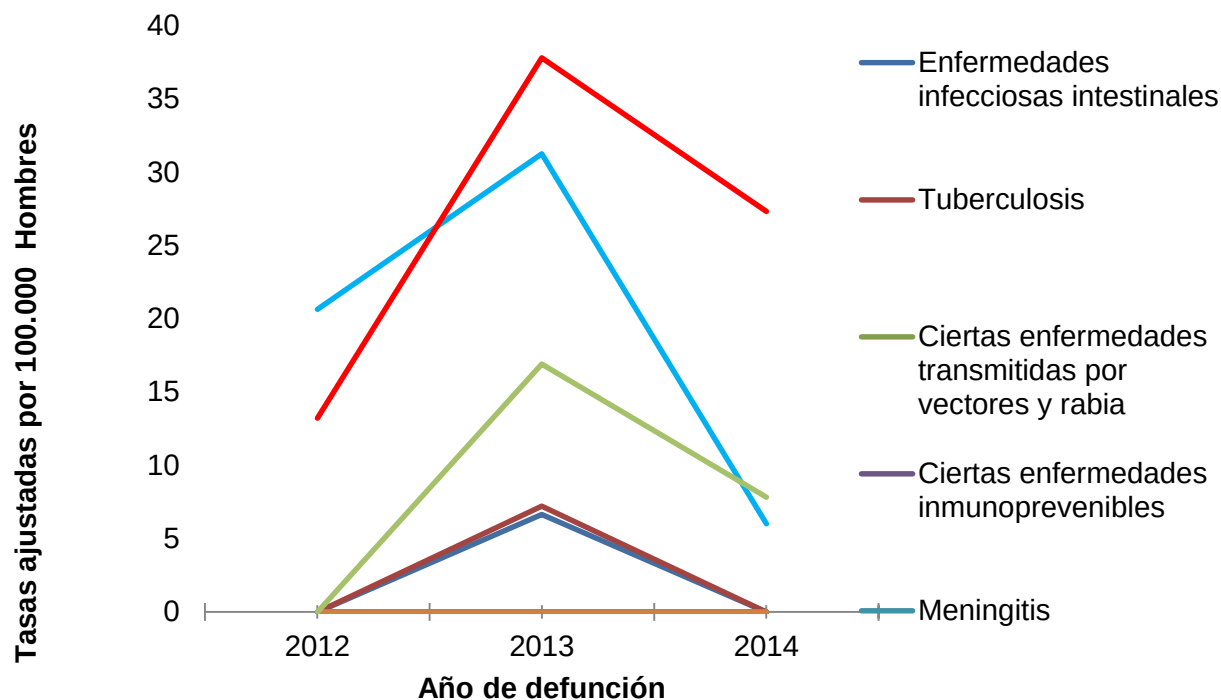
Figura 9. Tasas crudas subgrupos grandes causas 6/67, localidad de La Candelaria, 2012-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

Para el grupo de las enfermedades transmisibles, las tasas ajustadas de mortalidad más altas son atribuidas a las infecciones respiratorias agudas, el resto de enfermedades infecciosas parasitarias y enfermedad por VIH/SIDA, para ambos sexos, en el mismo periodo analizado. Para las demás enfermedades no se reportan casos en la localidad (figura 10)

Figura 10. Tasas ajustadas subgrupo enfermedades transmisibles por sexo, localidad de La Candelaria, 2012 – 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

Para el grupo de las neoplasias, los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas y el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon reportan las tasas ajustadas más altas tanto en hombres como en mujeres. Para estos diagnósticos, en los hombres se reportan cifras, para el año 2014, de 19,96 y 18,10 por 100.000 hombres, respectivamente; mientras que, en las mujeres, con estimación de tasas ajustadas más altas frente a los hombres de 31,42 y 27,14 por 100.000 mujeres. A nivel de la subred, para los hombres las tasas ajustadas más altas se dan por el tumor maligno del estómago y de la próstata, a diferencia que en las mujeres se presenta por tumores de los órganos digestivos y del peritoneo y de la mama (Tabla 13).

Tabla 13. Tasas ajustadas subgrupo neoplasias por sexo, localidad de La Candelaria, 2012 – 2014

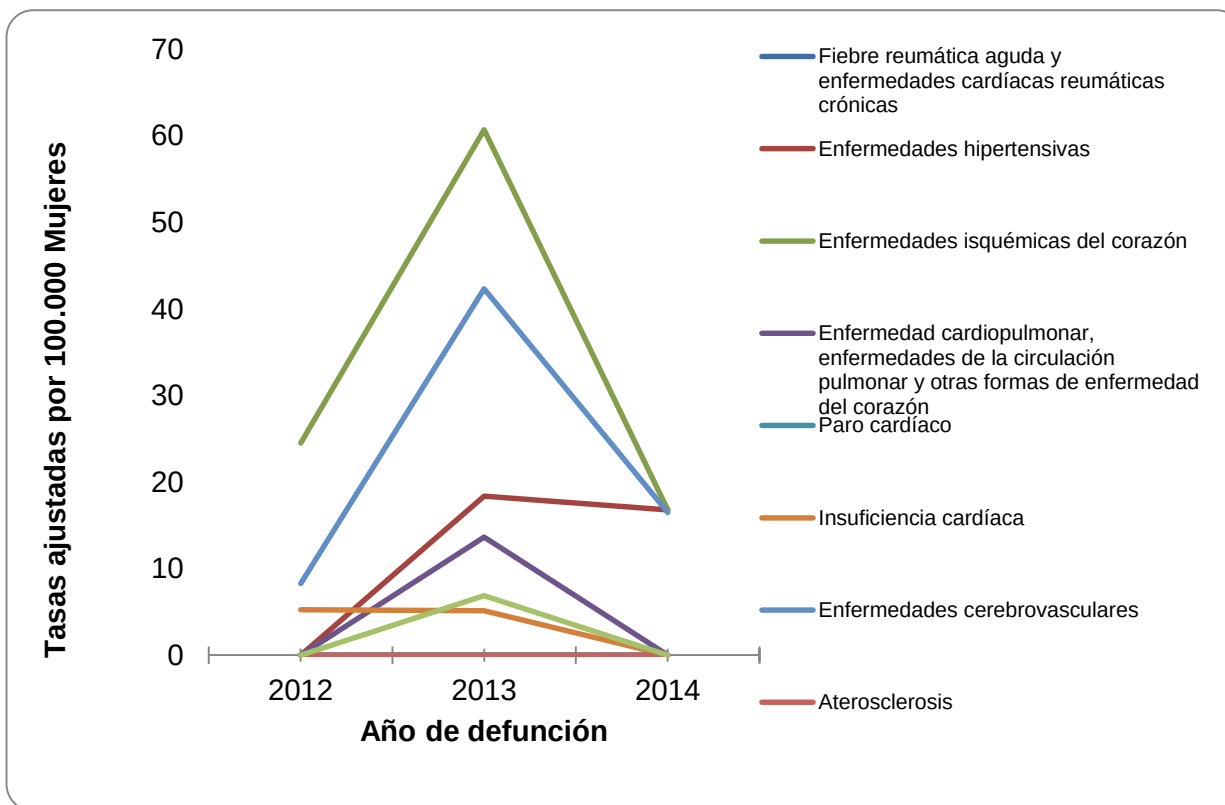
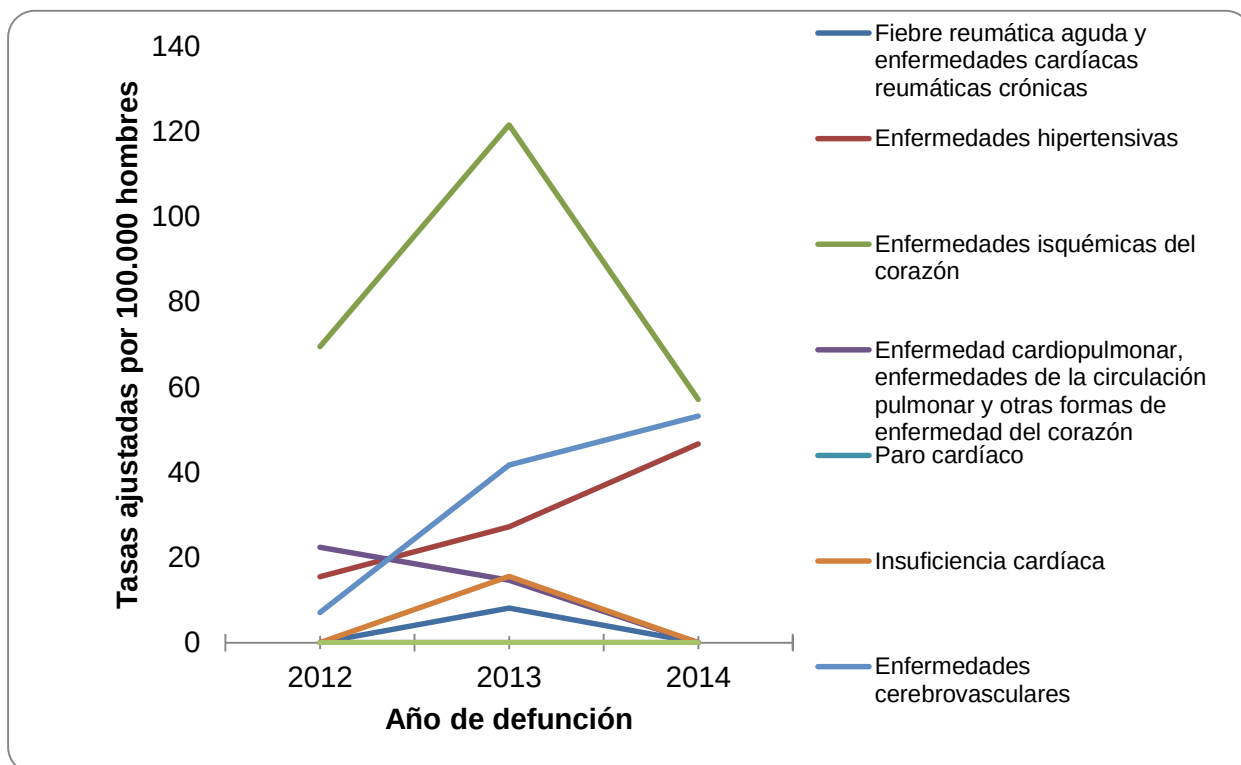
Diagnóstico / sexo / año	Hombres			Mujeres		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	8.98	59.46	19.96	18.43	27.53	31.42
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	7.08	28.23	18.1	22.15	20.79	27.14
Tumor maligno de la mama de la mujer (C50 en mujeres)	0	0	0	14.77	15.6	21.43
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	0	0	14.87	7.17	11	6.73
Tumor maligno del cuello del útero	0	0	0	6.49	0	11.19

Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	0	6.65	6.48	0	24.42	6.32
Tumor maligno del cuerpo del útero	0	0	0	0	6.4	7.84
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	7.08	0	0	0	0	7.49
Tumor maligno del estómago	20.19	13.53	5.46	0	12.01	0
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	11.73	16.26	8.95	18.97	5.14	0
Tumor maligno de la próstata	16.01	14.93	7.92	0	0	0
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	8.98	0	0	0	0	0
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0	0	0	0	5.86	0
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	12.87	12.47	0	15.29	7.38	0
Leucemia	0	0	0	0	16.15	0

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

A nivel local y de subred, las principales causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio se atribuyen a las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades hipertensivas, para ambos sexos. En la localidad, las enfermedades isquémicas son más altas en hombres que en mujeres con tasas ajustadas de 57,09 y 16,79 por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente, mientras que a nivel de la subred se estimaron las tasas ajustadas en 97,58 y 60,49 por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente (Figura 11).

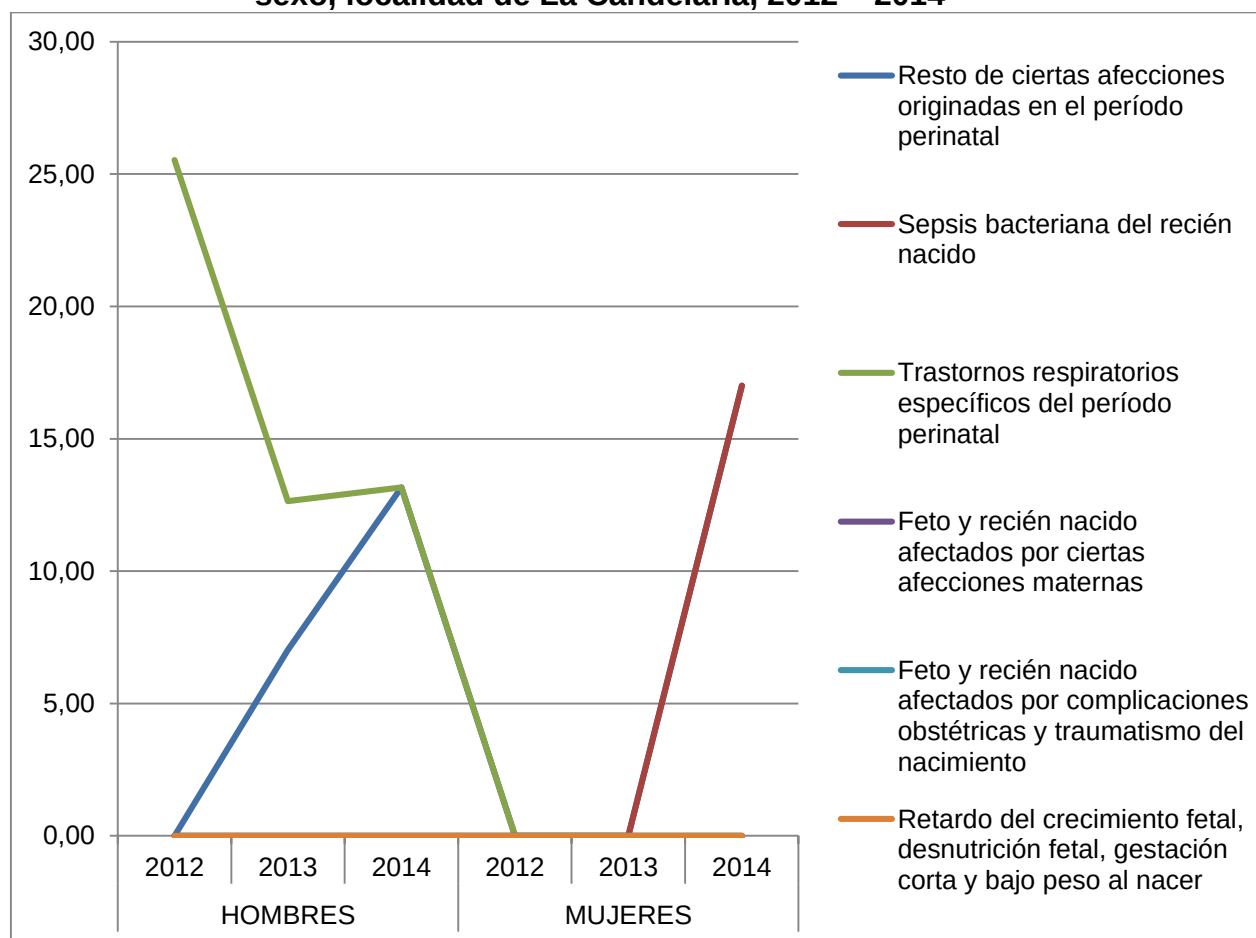
Figura 11. Tasas ajustadas subgrupo enfermedades del sistema circulatorio por sexo, Localidad de La Candelaria, 2012 – 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

El comportamiento de la mortalidad por afecciones del periodo perinatal a nivel local muestra disminución en los casos de los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal en los hombres con tasas ajustadas de 13,16 por 100.000 mil hombres, respectivamente; mientras que por el resto de afecciones originadas en el periodo perinatal aumentó al pasar de 0,00 a 13,16 por 100.000 hombres, para los años 2012 y 2014, respectivamente. Comportamiento similar en las mujeres que esta última causa y sepsis bacteriana del recién nacido aumentaron durante el mismo periodo analizado, reportando para el 2014 una tasa de 17,01 por 100.000 mil mujeres, respectivamente. Aunque en la subred se evidencia disminución de las tasas ajustadas para ambos sexos, en el año 2014 se reportaron casos de mortalidad por todas las causas (figura 12).

Figura 12. Tasas ajustadas subgrupo afecciones del periodo perinatal por sexo, localidad de La Candelaria, 2012 – 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

En el subgrupo de mortalidad por causas externas, las tasas ajustadas más altas se deben a las agresiones (homicidios) y a los accidentes de transporte terrestre con reportes de 23,92 y 11,48 por 100.000 hombres, respectivamente; comportamiento diferente y positivo en las mujeres que para el año 2014 no reporta mortalidades por este subgrupo (Tabla 14)

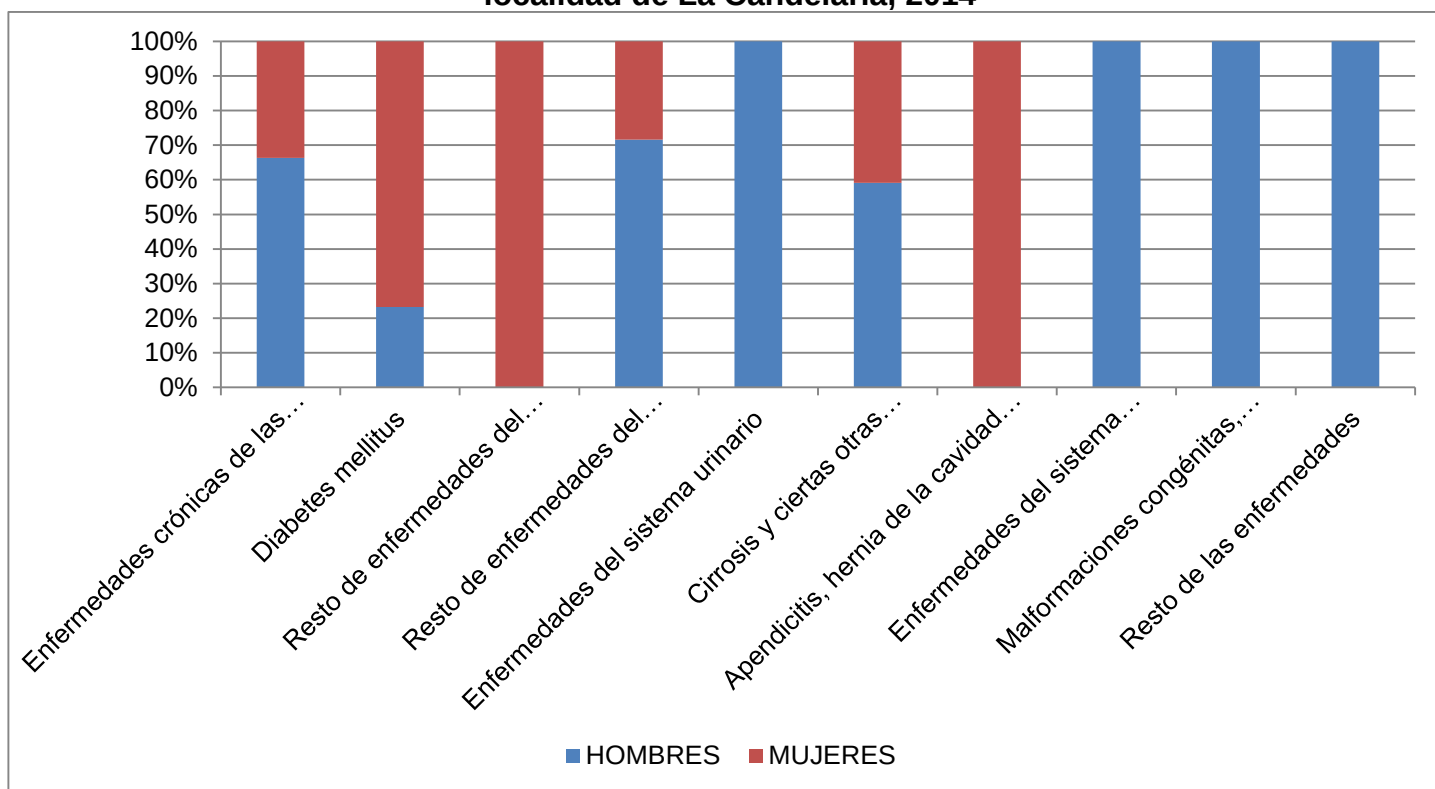
Tabla 14. Tasas ajustadas subgrupo causas externa por sexo, localidad de La Candelaria, 2012 – 2014

Diagnóstico / sexo / Año	Hombres			Mujeres		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Agresiones (homicidios)	14.84	26.35	23.92	0	7.41	0
Accidentes de transporte terrestre	7.04	8.13	11.48	5.24	0	0
Exposición a la corriente eléctrica	0	0	6.02	0	0	0
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	0	0	8.65	0	0	0
Las demás causas externas	0	0	6.93	0	0	0
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0	8.13	0	0	0	0
Caídas	0	0	0	5.79	0	0
Accidentes por disparo de arma de fuego	0	0	0	0	0	0
Ahogamiento y sumersión accidentales	0	0	0	0	0	0
Accidentes que obstruyen la respiración	0	0	0	0	0	0
Exposición al humo, fuego y llamas	0	0	0	0	0	0
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0	0	0	0	0	0
Los demás accidentes	0	0	0	0	0	0
Eventos de intención no determinada	7.8	0	0	5.24	0	0

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

Para el grupo de las demás causas, en la localidad, las tasas ajustadas más altas se deben a las mortalidades por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores para ambos sexos, adicionalmente, en los hombres se da por enfermedades del sistema urinario y malformaciones congénitas, mientras que en las mujeres es por el resto de enfermedades del sistema digestivo y diabetes mellitus (figura 13).

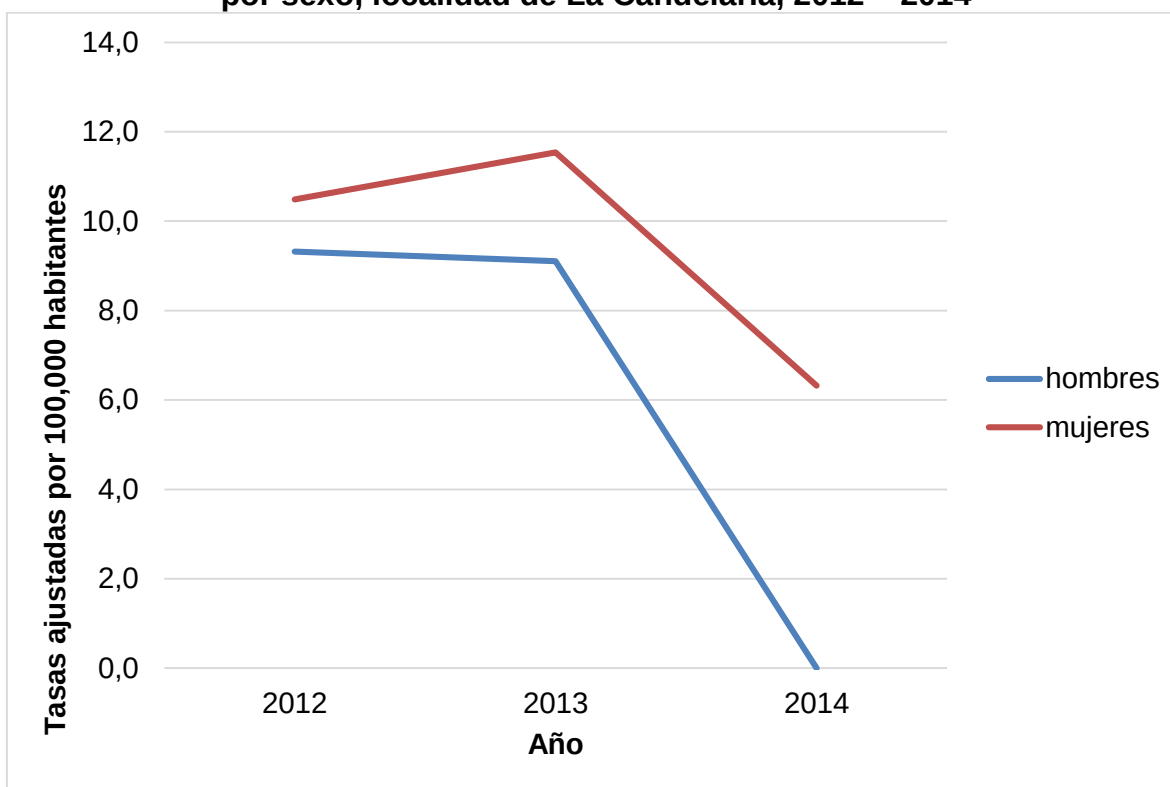
Figura 13. Tasas ajustadas subgrupo demás causas por sexo, localidad de La Candelaria, 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

Las tasas ajustadas en el grupo de signos, síntomas y afecciones mal definidas han aumentado en los hombres, para el periodo 2012 a 2014 pasó de 9,32 a 14,49 por 100.000 hombres, respectivamente, mientras que en las mujeres disminuyó al pasar de 10,49 a 6,32 por 100.000 mujeres, respectivamente (figura 14)

Figura 14. Tasas ajustadas subgrupo signos y síntomas mal definidos por sexo, localidad de La Candelaria, 2012 – 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez

En cuanto a la mortalidad infantil es importante tener en cuenta que estas en la mayoría de los casos son evitables y prevenibles, y que este es un indicador relacionado directamente por los determinantes sociales en salud.

Para la localidad, en el año 2014, se presentaron cinco mortalidades en menores de 1 año, cuatro de ellas debido a las afecciones originadas en el periodo perinatal y una por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; al observar las mortalidades durante los años 2012 y 2014 se registró un aumento de casos, teniendo como particularidad que las mortalidades se presentaron por los mismos eventos (tabla 15).

En comparación con las localidades que componen la sub red centro oriente, la candelaria cuanta con una posición intermedia ya que la localidad Antonio Nariño presento un numero de inferior de casos durante el periodo 2012-2014; contrastando a la vez con la localidad de San Cristóbal la cual presento el mayor número de casos (n=33) de las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (n=17).

Tabla 15. Tasas específicas de mortalidad infantil por sexo y total, localidad de La Candelaria, 2012 – 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasita	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tumores (neoplasias)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades de la sangre y de los órganos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y r	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema nervioso	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del oído y de la apófisis mast	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema digestivo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema genitourinario	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Ciertas afecciones originadas en el periodo	15.50	7.09	17.54	0.00	0.00	0.00	25.00	0.00	8.73	4.05	20.62	0.00
Malformaciones congénitas, deformidades y	0.00	7.09	8.77	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.05	5.15	0.00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clíni	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Todas las demás enfermedades	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

En los menores de uno a cuatro años, durante el periodo evaluado solo se presentó una mortalidad en el sexo masculino dada por tumores (neoplasias) (tabla 16). Comportamiento que difiere respecto de las demás localidades que componen la subred en donde hay diferencia en magnitud y en el número de eventos presentados; es así que para la localidad de san Cristóbal la primera causa fue causas externas de morbilidad y mortalidad, para la localidad de Santa

fe las relacionadas con las enfermedades infecciosas y parasitarias y para Rafael Uribe Uribe las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; posicionado así a la localidad dentro uno de los mejores comportamientos junto con la localidad de Antonio Nariño debido al menor número de eventos presentados.

Tabla 16. Tasas específicas de mortalidad en menores de uno a cuatro años por sexo y total, localidad de La Candelaria, 2012 – 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tumores (neoplasias)	0.00	178.57	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	99.40	0.00	0.00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema nervioso	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema digestivo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema genitourinario	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Todas las demás enfermedades	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

El análisis de mortalidad en menores de cinco años indicó que la primera causa que se presenta en esta población son las afecciones originadas del periodo perinatal con estimación de tasas de 160,51 en el año 2012, 79,81 en 2013 y 335,01 por 100.000 menores de cinco años en 2014; adicionalmente, en el año 2013 se presentó una mortalidad por tumores o neoplasias representando una tasa de 79,81 por 100.000 menores de cinco años (ver Tabla 17); situación que

comparten las demás localidades sin embargo para las localidades de San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe representan un mayor número de casos, en contraste la localidad de Antonio Nariño es donde se presentaron un menor número de mortalidades.

Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad en menores de cinco años por sexo y total, localidad de La Candelaria, 2012 – 2014

Causa de muerte según lista de	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tumores (neoplasias)	0.00	142.65	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	79.81	0.00
Enfermedades de la sangre y	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades endocrinas, nutricionales	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema nervioso	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del oído y de la vista	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema digestivo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema genitourinario	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	288.18	142.65	297.18	0.00	0.00	383.88	160.51	79.81	335.01
Malformaciones congénitas, debilidad congénita y enfermedades metabólicas hereditarias	0.00	142.65	148.59	0.00	0.00	0.00	0.00	79.81	83.75
Signos, síntomas y hallazgos de etiología desconocida	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Todas las demás enfermedades	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

3.1.4 Mortalidad materno - infantil y en la niñez

La evaluación de mortalidad materno infantil y en la niñez para el año 2016 indicó que en la localidad no se presentaron casos de mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad por IRA, EDA y desnutrición, comportamiento que es homogéneo desde el año 2013. Para el año 2016 en comparación con el distrito en donde si ocurrieron los eventos anteriormente descritos, la localidad tiene una mejor posición, este comportamiento se puede atribuir a que la población de la localidad característicamente se encuentra en un periodo de transición demográfica de envejecimiento, sumado a lo anterior se ve reflejado los resultados

de las acciones de prevención y control que se ejercen en la localidad las cuales buscan identificar los signos y síntomas de alarma oportunamente.

La localidad presentó muerte infantil y en la niñez, sin embargo, no existe diferencia significativa con respecto a los casos presentados con el distrito (tabla 18).

Tabla 18. Mortalidad materno – infantil y en la niñez, localidad de La Candelaria, 2016

Causa de muerte	SUBRED	LA CANDELARIA				
			2013	2014	2015	2016
Razón de mortalidad materna	40.00	0.00	-	-	-	-
Tasa de mortalidad perinatal	12.60	0.00	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	8.50	4.00	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	18.90	8.90	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	3.50	0.00	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	1.20	0.00	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	1.20	0.00	-	-	-	-
Proporción de muertes infantiles asociadas a la desnutrición	0.00	0.00	-	-	-	-

Fuente: construcción propia con base en el anexo16. Ministerio de salud y la protección social

3.2 Morbilidad

3.2.1. Morbilidad general y análisis de la prestación de servicios

Para el periodo 2012 – 2016, en la localidad de La Candelaria se realizaron 62.188 atenciones a 36.826 personas lo que representa el 0,54 % (n=11'551.024) de las atenciones realizadas por la subred y el 0,67 % (n= 5'471.665) de usuarios; en cuanto al sexo, el 61,54 % (n=10.461) de las personas atendidas en la localidad fueron mujeres mientras que en la subred fue el 59,85 % (n=3'274.540). Por otra parte, el 46,15 % (n=16.998) de la población atendida en la localidad cuenta con diagnósticos del grupo demás enfermedades, seguido del 28,65 % (n=10.551) por síntomas, signos y afecciones mal definidas, el 18,19 % (n=6.701) por

enfermedades transmisibles. En cuanto al tipo de atención, en la localidad se atendieron un total de 38.780 personas en los diferentes servicios, el 85,51 % (n=33.161) en consulta externa, el 12,59 % (n=4.884) en urgencias y el 1,90 % (n=735) en hospitalización. Finalmente, el 61,09 % (n=22.498) de los pacientes se encuentran en la red adscrita (tabla 19).

Tabla 19. Reporte usuarios únicos atendidos por grandes causas, sexo, tipo de atención y red, localidad de La Candelaria, 2012 – 2016

Evento	Año	SEXO			TIPO DE ATENCIÓN				RED		
		Hombre	Mujer	Total	Consultas	Hospitalizaciones	Urgencias	Total	Red Adscrita	Red no Adscrita	Total
Afecciones originadas en periodo perinatal	2012	2	0	2	1	1	0	2	2	0	2
	2013	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	2	0	2	1	1	0	2	2	0	2
Cáncer	2012	24	31	55	51	1	4	56	55	0	55
	2013	14	33	47	47	0	0	47	41	6	47
	2014	5	2	7	7	0	0	7	0	7	7
	2015	3	1	4	4	0	0	4	0	4	4
	2016	3	7	10	10	0	0	10	0	10	10
	Total	49	74	123	119	1	4	124	96	27	123
Causa externas	2012	3	1	4	0	1	3	4	4	0	4
	2013	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	3	1	4	0	1	3	4	4	0	4
Enfermedades Cardiovasculares	2012	405	743	1,148	1,097	22	85	1,204	1,131	16	1,147
	2013	440	779	1,219	1,179	13	68	1,260	1,214	5	1,219
	2014	12	7	19	12	5	2	19	7	12	19
	2015	16	15	31	31	0	0	31	0	31	31
	2016	21	12	33	33	0	0	33	0	33	33
	Total	894	1,556	2,450	2,352	40	155	2,547	2,352	97	2,449

Enfermedades transmisibles	2012	1,001	1,326	2,327	1,688	155	718	2,561	1,973	354	2,327
	2013	678	832	1,510	1,145	78	375	1,598	1,186	324	1,510
	2014	96	127	223	176	42	5	223	47	176	223
	2015	262	302	564	564	0	0	564	0	564	564
	2016	775	1,302	2,077	2,077	0	0	2,077	1	2,076	2,077
	Total	2,812	3,889	6,701	5,650	275	1,098	7,023	3,207	3,494	6,701
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	2012	980	2,137	3,117	2,717	20	533	3,270	2,609	508	3,117
	2013	1,552	3,204	4,756	4,310	9	713	5,032	4,375	381	4,756
	2014	127	155	282	231	31	20	282	51	231	282
	2015	169	226	395	395	0	0	395	0	395	395
	2016	622	1,379	2,001	2,001	0	0	2,001	12	1,989	2,001
	Total	3,450	7,101	10,551	9,654	60	1,266	10,980	7,047	3,504	10,551
Todas las demás enfermedades	2012	2,440	3,786	6,226	5,373	172	1,434	6,979	5,445	781	6,226
	2013	1,974	2,973	4,947	4,300	125	852	5,277	4,250	697	4,947
	2014	358	450	808	732	60	15	807	75	732	807
	2015	419	576	995	994	0	0	994	0	994	994
	2016	1,346	2,676	4,022	3,986	0	57	4,043	20	4,002	4,022
	Total	6,537	10,461	16,998	15,385	357	2,358	18,100	9,790	7,206	16,996

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017.

Para el periodo 2012 – 2016, en la Subred Centro Oriente se atendieron 1´160.485 personas menores de 12 años lo que corresponde al 0,46 % (n=5.285) de la población atendida en la localidad de La Candelaria. De esta última población, el 53,98 % (n=2.853) de las personas se encuentran en el grupo de uno a cinco años, el 36,44 % (n=1.926) entre los seis y 11 años y el 9,57 % (n=506) a los menores de un año. Según la agrupación 6/67, la principal causa de morbilidad en la localidad, para la población de la primera infancia se debe al grupo de las enfermedades transmisibles y en infancia es por las demás enfermedades, comportamiento variante en la subred ya que la principal causa es por síntomas, signos y afecciones mal definidas excepto en la población de seis a 11 años la cual también es por las demás enfermedades (tabla 20).

Tabla 20. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida infancia y grandes causas, localidad de La Candelaria, 2012 – 2016

Curso de vida / Grandes causas		2012	2013	2014	2015	2016
Menores de 1 año	Afecciones originadas en periodo perinatal	1	0	0	0	0
	Cáncer	1	0	0	0	0
	Causas externas	0	0	0	0	0
	Enfermedades cardiovasculares	0	0	0	0	0
	Enfermedades transmisibles	132	86	12	5	0
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	79	90	2	0	0
	Todas las demás enfermedades	61	36	0	1	0
	Total	274	212	14	6	0
De 1 a 5 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	1	0	0	0	0
	Cáncer	1	1	0	0	0
	Causas externas	1	0	0	0	0
	Enfermedades cardiovasculares	1	1	0	0	0
	Enfermedades transmisibles	610	354	22	63	0
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	373	509	2	0	0
	Todas las demás enfermedades	544	344	3	23	0
	Total	1,531	1,209	27	86	0
De 6 a 11 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0	0	0	0	0
	Cáncer	2	1	0	0	0
	Causas externas	1	0	0	0	0
	Enfermedades cardiovasculares	5	4	0	0	0
	Enfermedades transmisibles	267	166	3	33	1
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	203	298	2	3	1
	Todas las demás enfermedades	544	369	7	11	5
	Total	1,022	838	12	47	7

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017.

Para el mismo periodo, en la Subred Centro Oriente se atendieron 1'484.990 adolescentes y jóvenes lo que corresponde al 1,06 % (n=15.720) de la población atendida en la localidad de La Candelaria. De esta última población, el 80,10 %

(n=12.591) de las personas se encuentran en el grupo juventud y el 19,90 % (n=3.129) en adolescencia. Teniendo en cuenta la desagregación por agrupación 6/67, la principal causa de morbilidad para la población adolescente y joven de la localidad y subred corresponde al grupo de las demás enfermedades (tabla 21).

Tabla 21. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida adolescencia y juventud y grandes causas, localidad de La Candelaria, 2012 – 2016

Curso de vida / Grandes causas		2012	2013	2014	2015	2016
Menores de 12 a 17 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0	0	0	0	0
	Cáncer	4	1	1	0	0
	Causas externas	1	0	0	0	0
	Enfermedades cardiovasculares	10	2	1	2	2
	Enfermedades transmisibles	195	115	13	44	208
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	304	376	15	37	250
	Todas las demás enfermedades	627	427	38	76	380
	Total	1,141	921	68	159	840
Menores de 18 a 28 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0	0	0	0	0
	Cáncer	5	4	0	3	6
	Causas externas	0	0	0	0	0
	Enfermedades cardiovasculares	26	10	2	7	11
	Enfermedades transmisibles	470	359	136	273	1474
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	944	969	187	281	1,483
	Todas las demás enfermedades	1,333	1,076	348	484	2,700
	Total	2,778	2,418	673	1,048	5,674

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017.

Durante los años 2012 a 2016, en la Subred Centro Oriente se atendieron 2'081.499 adultos lo que corresponde al 0,51 % (n=10.572) de la población atendida en la localidad de La Candelaria; esta población atendida en la localidad ha disminuido un 62,54 % en el periodo analizado. De acuerdo con la agrupación 6/67, a nivel local y de subred, la principal causa de morbilidad corresponde al grupo de las demás enfermedades con 5.503 y 1'163.576 adultos atendidos, respectivamente; en segundo lugar, se ubican los síntomas, signos y afecciones mal definidas con 2.953 y 499.923 personas atendidas (tabla 22).

Tabla 22. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida adultez y grandes causas, localidad de La Candelaria, 2012 – 2016

Curso de vida / Grandes causas	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0	0	0	0	0
Cáncer	33	26	1	1	4
Causas externas	0	0	0	0	0
Enfermedades cardiovasculares	347	325	10	11	16
Enfermedades transmisibles	477	317	34	119	395
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	1,000	1,577	50	65	261
Todas las demás enfermedades	2,190	1,848	320	305	840
Total	4,047	4,093	415	501	1,516

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017.

En el curso de vida vejez se realizaron atendieron 5.475 adultos mayores de las cuales el 39,47 % (n=2.161) se realizaron por causa las demás enfermedades, seguido de las enfermedades transmisibles con un 30,27 % (n=1.663) (Tabla 23)

Tabla 23. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida vejez y grandes causas, localidad de La Candelaria, 2012 – 2016

Curso de vida / Grandes causas	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0	0	0	0	0
Cáncer	10	14	5	0	0
Causas externas	1	0	0	0	0
Enfermedades cardiovasculares	762	880	6	11	4
Enfermedades transmisibles	210	119	3	27	15
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	252	949	24	9	13
Todas las demás enfermedades	989	863	92	94	123
Total	2,224	2,825	130	141	155

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017.

Para los años 2015 y 2016, en las IPS públicas y privadas ubicadas en la localidad, los primeros diagnósticos de atención se deben a las rinofaringitis aguda, infección intestinal bacteriana, influenza, amigdalitis y episodios depresivos leves; en cuanto a la desagregación por sexo, la principal causa de consulta en mujeres es debido a las rinofaringitis aguda e influenza, las cuales representan el 3,48 % y 3,09 % de total de atenciones en esta población, respectivamente. A diferencia que, en los hombres, los principales diagnósticos de atención se atribuyen a las rinofaringitis y amigdalitis con un 4,71 % y 3,18 %, respectivamente. En cuanto a la comparación frente a la subred y distrito, en el mismo periodo analizado, las principales atenciones se deben a caries de la dentina, hipertensión arterial, gingivitis crónica, rinofaringitis y diarrea (tabla 24).

Tabla 24. 10 primeras causas de atención de morbilidad por ocurrencia según sexo, localidad de La Candelaria, 2015 – 2016

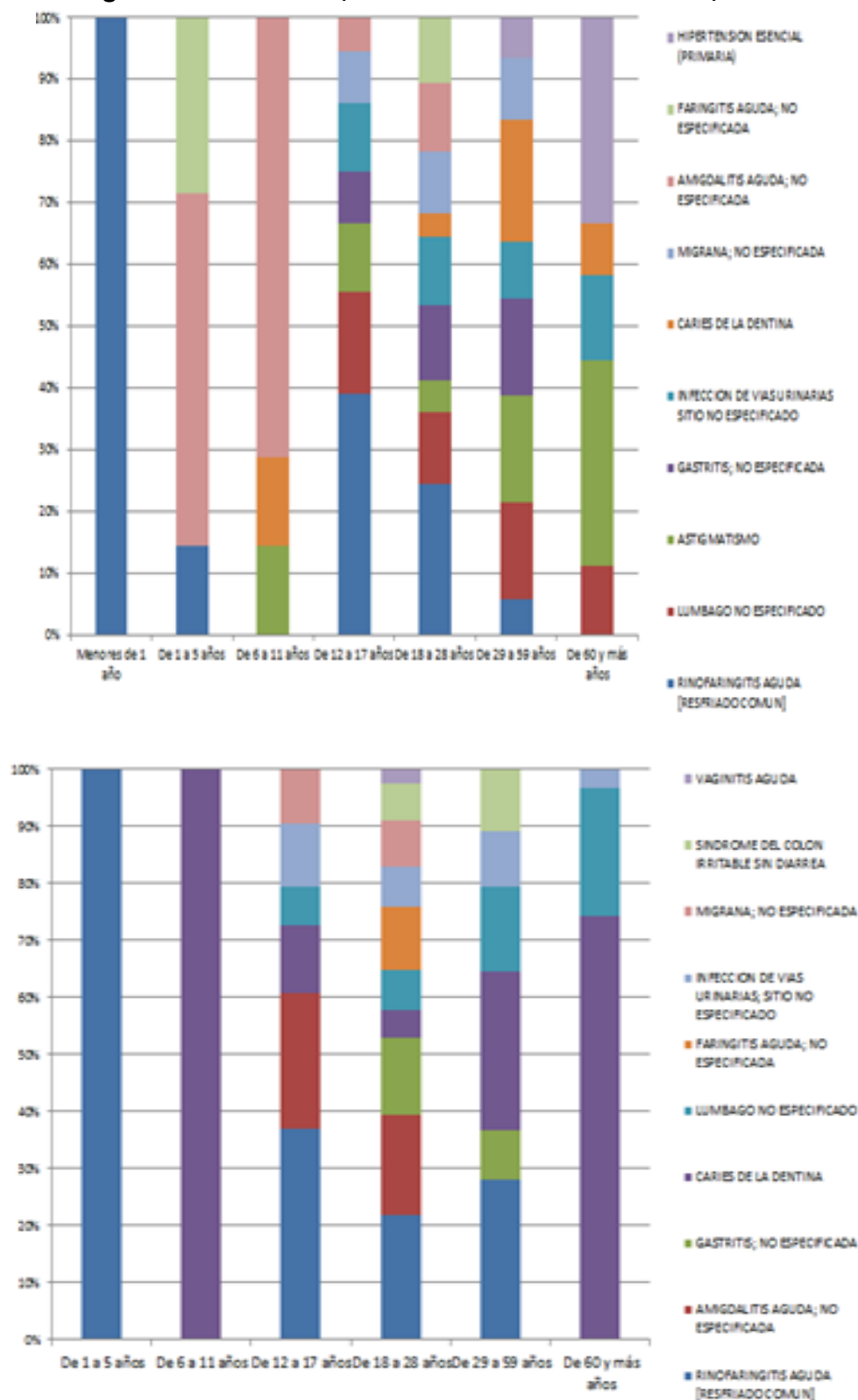
Diagnostico	2015				2016			
	Hombre	%	Mujer	%	Hombre	%	Mujer	%
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	37	3.61	33	2.39	188	5.02	284	3.68
Infección intestinal bacteriana; no especificada	0	0.00	0	0.00	141	3.76	239	3.10
Influenza con otras manifestaciones; virus no identificado	19	1.85	44	3.19	125	3.34	237	3.07
Amigdalitis aguda; no especificada	14	1.36	26	1.88	138	3.68	223	2.89

Episodio depresivo leve	0	0.00	0	0.00	78	2.08	244	3.16
Gastritis; no especificada	23	2.24	27	1.96	64	1.71	206	2.67
Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	22	2.14	34	2.46	109	2.91	158	2.05
Faringitis aguda; no especificada	16	1.56	19	1.38	86	2.29	138	1.79
Caries de la dentina	18	1.75	17	1.23	83	2.21	120	1.55
Otros trastornos de la conducta	0	0.00	0	0.00	70	1.87	117	1.52

Fuente: Elaboración propia a partir de base compartida por SDS el 26/09/2017.

De acuerdo al comportamiento de las atenciones por curso de vida, en los menores de cinco años, adolescentes, jóvenes y adultos la principal causa de asistencia a las instituciones de salud es debido a la rinofaringitis agudas; mientras que en la población infantil y adulto mayor es debido a caries en la dentina, es esta última población para el año 2015, la mayor consulta fue por hiperplasia de la próstata. En general, en la subred y a nivel distrital, para los menores de cinco años, la mayor consulta es por enfermedades respiratorias (rinofaringitis y bronquiolitis), a diferencia que en la población de seis a 59 años es por afecciones en salud oral (caries) y la población mayor es HTA (figura 15).

Figura 15. 10 primeras causas de atención de morbilidad por ocurrencia según curso de vida, localidad de La Candelaria, 2015 – 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de base compartida por SDS el 26/09/2017

En cuanto al tipo de atención, los principales diagnósticos en el 2016 se deben a las rinofaringitis y gastritis lo que representa el 4,14 % y 2,37 % del total de las atenciones, respectivamente. Es importante recalcar, que en la localidad se ubican IPS de primer nivel y en su mayoría son consultorios médicos de universidades, por tal motivo no se presentan atenciones por hospitalización ni urgencias. Este comportamiento es diferente a nivel de subred y distrito, teniendo en cuenta que la mayor atención en salud es por caries, parto, diarrea, HTA e IVU (tabla 25).

Tabla 25. 10 primeras causas de atención de morbilidad por ocurrencia según tipo de atención, localidad de La Candelaria, 2015 – 2016

Diagnostico	2015	2016
	Consulta	Consulta
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	2.91	4.14
Gastritis; no especificada	0.00	2.37
Lumbago no especificado	2.12	1.50
Caries de la dentina	1.45	1.47
Infección de vías urinarias; sitio no especificado	1.70	1.37
Síndrome del colon irritable sin diarrea	0.62	1.37
Dolor en articulación	0.33	0.30
Hipertensión esencial (primaria)	0.87	0.14
Gingivitis crónica	0.42	0.11
Dientes incluidos	0.00	0.06

Fuente: Elaboración propia a partir de base compartida por SDS el 26/09/2017.

Descripción de la oferta

En la localidad de la candelaria según el registro especial de prestadores de servicios de salud REPS para el mes de noviembre de 2016 se encontraban inscritos 27 prestadores de servicios de salud, el mayor porcentaje lo ocupan las instituciones de objeto social diferente 55,56 % (n=15). Ver tabla 26, por naturaleza el 91,67 % de las IPS son privadas, mientras que el 80 % de los prestadores de objeto social diferente son privados (tabla 26).

Tabla 26. Prestadores de servicios de salud, según inscripción al REPS, localidad de La Candelaria, 2016

Clase prestador	Total	%
Instituciones – IPS	12	44.44
Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	15	55.56
Total	27	100

Fuente: REPS. Corte de información noviembre 2015

Tabla 27. Prestadores de servicios de según naturaleza jurídica, localidad de La Candelaria, 2016

Clase prestador	Naturaleza			
	Privada		Pública	
	n	%	n	%
Instituciones - IPS	11	91.67	1	8.33
Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	12	80	3	20
Total	23		4	

Fuente: REPS. Corte de información noviembre 2015

De acuerdo a la distribución geográfica de los prestadores en la ciudad por localidades, se observa que el 0.23 % de éstos se encuentran en la localidad. Según los servicios ofertados para la localidad se encuentran habilitados 20 servicios los cuales corresponden a apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, consulta externa, internación, protección específica y detección temprana, quirúrgicos, móviles transporte asistencial, urgencias. (tabla28).

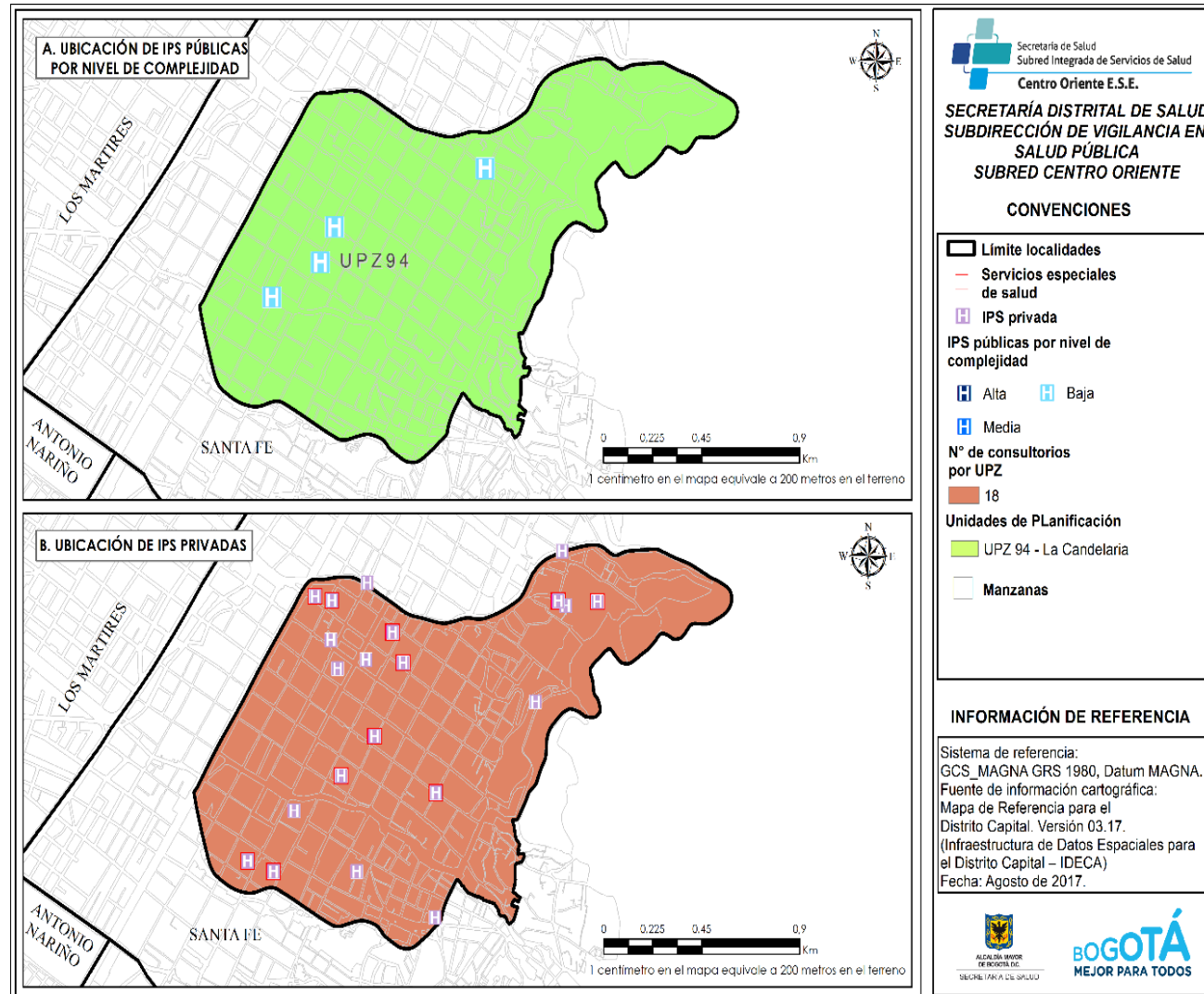
Tabla 28. Servicios habilitados IPS públicas, localidad de La Candelaria 2016

Servicios	La Candelaria	Subred
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	3	140
Consulta externa	7	183
Internación	0	39
Otros servicios	0	3
Protección específica y detección temprana	10	210
Quirúrgicos	0	39
Moviles transporte asistencial	0	31
Urgencias	0	10
Total	20	655

Fuente: REPS. Corte de información noviembre 2015

La localidad de la candelaria cuanta con una única UPZ la cual tiene oferta de servicios de salud tanto pública como privada, para las IPS subsidiadas los servicios son de baja complejidad, en la localidad solo la Unidad de Servicios de Salud la Candelaria está abierta al público en general, en el Mapa 3 se observan otras tres (3) unidades públicas, pero estas son las unidades de servicios de la cámara de representantes, congreso y presidencia de la república.

Las IPS privadas en su mayoría son servicios salud de primer nivel, por esto se destaca como IPS privada de tercer nivel el Instituto Roosevelt. Se puede observar que, a pesar de existir una oferta variada de IPS, estas dirigen sus servicios a personas vinculadas con la institución más no las residentes de la localidad es por esto que se evidencia la mayor cantidad de IPS en la zona occidental de la localidad, esta zona se destaca por no tener casi infraestructura residencial, si no en su gran mayoría establecimientos de tipo comercial, de servicios varios y educativos. En la zona residencial que es la mayor parte del costado oriental y comprende los barrios La Aguas, Concordia, Egipto Lourdes y Belén solo se ubica la Unidad de Servicios de Salud la Candelaria por parte del sector público y las IPS de carácter privado como MEDIEXPRES, MEDICLINICO Santa Ana, REMY y una sede de COMPENSAR (mapa 3).

Mapa 3. Ubicación de las IPS públicas y privadas, localidad de La Candelaria, año 2017

Fuente: registro especial de prestadores de servicios de salud REPS 20

3.2.2 Eventos de Vigilancia en Salud Pública

El sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA permite identificar los eventos de interés en salud pública, para así generar una intervención que permita la mitigación del mismo con el fin de disminuir la afectación en la población residente de un territorio dentro de la nación. Por tal motivo es pertinente realizar la valoración del sistema.

SIVIGILA Nacional

Durante el año 2016 en la localidad se presentaron 755 casos de eventos de notificación obligatoria, la notificación en proporción a la subred fue de 3,15 % y frente al distrito del 0,46 %. Del total de eventos el 5,34 % (n=116) corresponden a la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos 24,84 % donde los eventos más frecuentes fueron morbilidad materna extrema y VIH/SIDA y mortalidad por SIDA. Seguido se encuentra seguridad alimentaria y nutricional con el 4,01 % (n=46) donde solo se presentó bajo peso al nacer y desnutrición aguda en menores de 5 años. En tercer lugar, se ubica la dimensión de convivencia social y salud mental con el 3,31 % (n=253) con mayor frecuencia en las lesiones de causa externa y violencia de género (Tabla 29).

Tabla 29. Distribución de la proporción de los eventos de notificación individual obligatoria por dimensión plan decenal de salud, localidad de La candelaria 2016

GRUPO DE EVENTOS POR DIMENSIÓN DEL PDSP	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS FRENTE AL DISTRITO	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS FRENTE A LA SUBRED	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 94 FRENTE A LA LOCALIDAD
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	0.43	2.80	100.00
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	1.01	5.39	100.00
Convivencia Social y Salud Mental	1.15	7.61	100.00
Salud Ambiental	0.40	2.91	100.00
Seguridad Alimentaria y Nutricional	0.74	4.40	100.00
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	0.56	1.74	100.00

Fuente: construcción propia con base al SIVIGILA nacional, datos entregados por la SDS julio de 2017.

En cuanto los eventos colectivos, en la localidad se presentó un evento de la dimensión salud ambiental (brote por ETA) y en cuanto a la dimensión de vida

saludable y enfermedades transmisibles (notificación colectiva de EDA y IRA) la notificación con respecto al distrito fue de 0,46 % (tabla 30).

Tabla 30. Distribución de la proporción de los eventos de notificación colectiva obligatoria por dimensión plan decenal de salud, localidad de La candelaria 2016

GRUPO DE EVENTOS POR DIMENSIÓN DEL PDSP	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS FRENTE AL DISTRITO	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS FRENTE A LA LOCALIDAD	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 94 FRENTE A LA LOCALIDAD
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	0.58	100.00	0.00
Salud Ambiental	0.00	0.00	0.00

Fuente: construcción propia con base al SIVIGILA nacional, datos entregados por la SDS julio de 2017.

SIVIGILA Distrital

La ciudad de Bogotá como herramienta adicional, mantiene la notificación de diversos eventos que complementa al SIVIGILA NACIONAL, los cuales permiten un monitoreo más integral del estado de salud de la población, para la localidad se presentaron 14.385 casos de eventos notificación. El 95,03 % (n=13.670) fue para las dimensiones de seguridad alimentaria y nutricional las dentro de las cuales se encuentra el bajo peso al nacer (n=30) y desnutrición aguda en menores de 5 años (n=16), seguido de convivencia social y salud mental con un 2,86 % (n=411) en donde la mayor proporción es para los eventos de lesiones de causa externa (n=238), Vigilancia en Salud Pública de las Violencias de Género (n=10) y suicidio (n=5) (Tabla 31).

Tabla 31. Distribución de la proporción de los eventos SIVIGILA DC, por dimensión plan decenal de salud, localidad de La candelaria 2016

GRUPO DE EVENTOS	SUBSISTEMAS	PROPORCIÓN DE EVENTOS FRENTE AL DISTRITO	PROPORCIÓN DE EVENTOS SUBRED FRENTE AL DISTRITO	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 94 FRENTE A LA LOCALIDAD
Seguridad Alimentaria y Nutricional	SISVAN	0.09	0.58	100
Convivencia Social y Salud Mental	VESPA LCE SISVECOS SIVIM	0.24	1.63	100
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	DISCAPACIDAD SISVESO SIVISTRA	1.2	5.9	100

Fuente: construcción propia en base al SIVIGILA distrital, datos entregados por la SDS julio de 2017

Eventos precursores

La proporción de atenciones por diabetes mellitus en las IPS de la localidad, ha disminuido en un 99,11 % al pasar de 0,98 a 0,01 para el periodo 2012 – 2016; sin embargo, no se reportan atenciones por hipertensión arterial. Este comportamiento puede ser dado porque las IPS de la localidad, en su mayoría son consultorios médicos de universidades, otra razón es que las consultas realizadas en años anteriores por las IPS públicas fueron reorganizadas y se prestan en otros puntos de atención fuera de la localidad, por tal motivo, la proporción de consultas es baja (tabla 32).

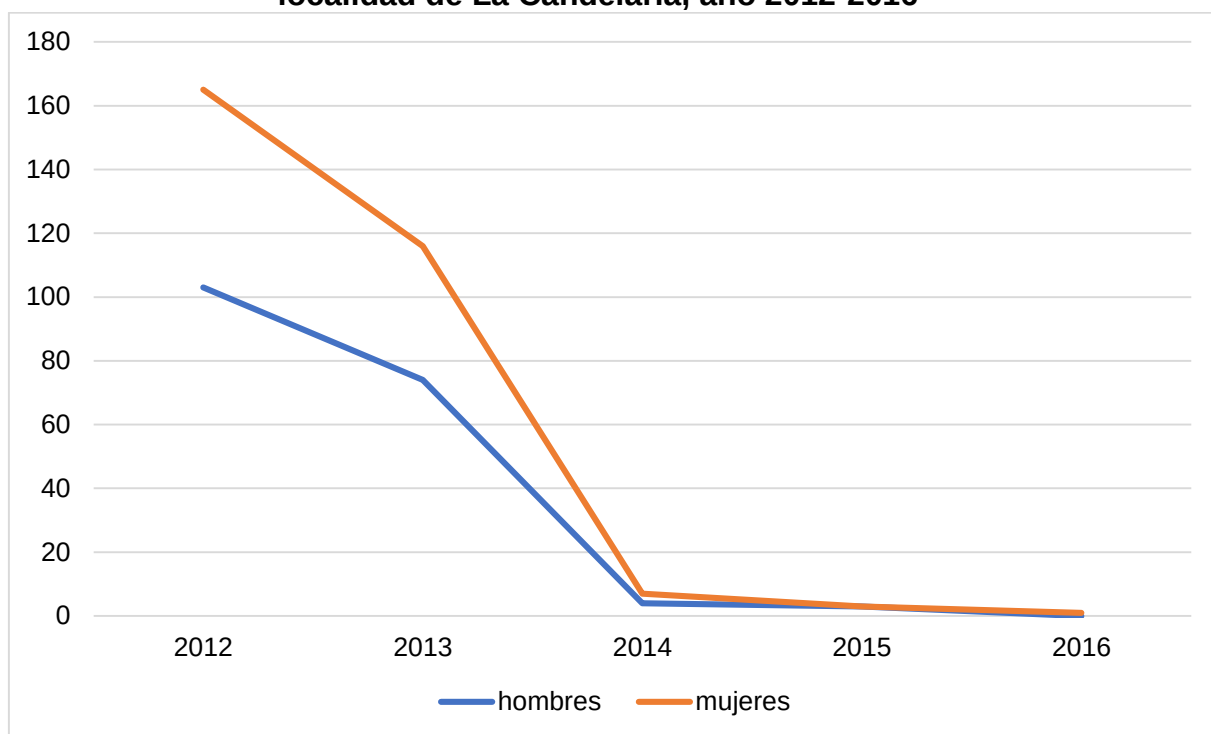
Tabla 32. Eventos precursores, localidad de La Candelaria, 2016

Causa de muerte	Distrito	La Candelaria	2013	2014	2015	2016
Proporción de atenciones por diabetes mellitus	1.6	0.01	↘	↘	↘	↘
Proporción de atenciones por hipertensión arterial	4.78	0	-	-	-	-

Fuente: DM: elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017. HTA: elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS el 26/09/2017.

Como se observa en la figura 16 durante el 2012 al 2016, la localidad ofreció un total de 476 atenciones, en donde el 61, 35 % correspondió al sexo mujer y el restante al sexo hombre, el año en el que se presentaron la mayoría de las atenciones fue en 2012 que corresponden al 56 %; en cuanto al curso de vida los más representativos fueron adultez y vejez.

Figura 16. Número de atenciones por eventos precursores, en IPS, localidad de La Candelaria, año 2012-2016



Fuente: Anexo 18, Eventos precursores, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, localidad de La Candelaria.

3.2.3 Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades

Para La Candelaria, la principal causa de morbilidad en toda la población es atribuida a las todas las demás enfermedades, síntomas y signos mal definidos y enfermedades transmisibles, excepto en los mayores de 60 años donde las dos primeras causas continúan siendo las mismas y en tercer lugar están las enfermedades cardiovasculares.

En cuanto al curso de vida vejez se observa el aumento en la consulta por enfermedades cardiovasculares, fenómeno que es mundial, nacional y distrital el cual hace parte de la transición epidemiológica en donde las enfermedades no trasmisibles emergen debido a los malos hábitos que lleva la población. Lo anterior se agudiza en la localidad ya que al contrario del Distrito esta avanza más rápido en la transición, debido al aumento de la población adulta y adulta mayor. Además, también se observa las altas tasas de mortalidad por ECNT lo cual corresponde a la morbilidad presentada.

Un factor que genera un peso negativo con respecto a lo anterior descrito es que la localidad tiene poco espacio destinado para la recreación y el deporte, como lo son parques, para realizar actividad física.

En tanto, por subgrupos, los principales diagnósticos de consulta en los menores de cinco años y de 17 a 59 años es por afecciones respiratorias como la rinofaringitis y bronquiolitis, en contraste con los problemas de salud oral como la caries, que es el principal diagnóstico de consulta en la población infantil y adulta mayor; estos eventos están relacionados con el nivel de complejidad de las IPS ubicadas en la localidad, como lo son los consultorios médicos de las universidades los cuales son de primer nivel.

Cómo se nombró anteriormente los principales diagnósticos están asociados a dinámicas propias de la localidad, como lo son el uso del suelo institucional, mostrando así gran importancia para las personas que a diario se congregan en estas instituciones (universidades y entes gubernamentales), ya que les permite realizar las consultas sin necesidad, de realizar largos desplazamientos entre la ciudad, para acudir a su respectiva IPS, sino al contrario son atendidos en las dentro de las mismas instituciones, lo que pone en ventaja a la localidad.

No se logra realizar una adecuada comparación de los eventos precursores, ya que la información es por ocurrencia, dentro de las primeras 20 causas de atención no se encuentra la hipertensión arterial, siendo esta una causa en conjunto con la diabetes mellitus de la aparición de la enfermedad renal crónica.

Es importante indicar que la morbilidad reportada es por ocurrencia (ubicación de las IPS); por tal motivo, no es posible indicar la relación de los diagnósticos con factores condicionantes o de riesgo de la población residente en la localidad.

En cuanto a las principales afecciones de salud de la población con discapacidad, la mayor proporción según el origen de la discapacidad es por enfermedad general y accidentes, la alteración permanente que más afecta es la movilidad del cuerpo, miembros superiores e inferiores y el sistema nervioso; más de la mitad de las

personas con discapacidad son mujeres y el curso de vida más representativo es la adultez, la mayoría se encuentra afiliado al régimen subsidiado.

Las IPS públicas se ubican al occidente de la localidad y su nivel de complejidad es bajo, diferencia en las privadas las cuales se localizan de manera homogénea con mayor concentración al noroccidente, algunas de estas prestan servicios especiales en salud.

4. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONES

Las seis localidades que conforman la Subred Centro Oriente al igual que la ciudad de Bogotá responde a las dinámicas socioeconómicas del país, confiriéndole una diversidad poblacional y una complejidad cultural en un contexto urbano de segregación, donde las poblaciones con mayor vulnerabilidad se asientan en las áreas que históricamente resultan más accesibles*, situación por la que surge la necesidad de un abordaje del proceso de salud-enfermedad con enfoque poblacional diferencial.

El presente documento recolecta la información disponible con desagregación de variables poblacionales permitiendo construir un análisis aproximado frente a las características de salud y enfermedad de las poblaciones étnicas (indígenas, afrocolombiano, raizales, palenqueros, ROM o gitana); población con discapacidad; población en situación de vulnerabilidad (personas en ejercicio de la prostitución, reciclador de oficio, ciudadano habitante de calle); población víctima del conflicto y población LGTBI. Esta labor aporta en la búsqueda del reconocimiento de las principales necesidades, fragilidades o vulneraciones de cada una de estas poblaciones.

El enfoque diferencial es una forma de análisis donde se describe, reflexiona y reconocen las diferencias entre las personas, grupos, pueblos y demás colectividades, visibilizando situaciones particulares y colectivas de exclusión, discriminación, vulnerabilidad o fragilidad, por las implicaciones en la relaciones de poder que se tejen en la sociedad ya sea por las distintas formas de ver el mundo o por la concepción que se hace del otro y que pueden generar subordinación o discriminación a personas específicas, por tanto es importante debelar dichas situaciones para su mitigación y fomentar acciones positivas que eviten la exclusión en el ejercicio de los derechos, fortalezcan la participación social y el acceso equitativo a los recursos y servicios del Estado ⁽¹²⁾

* Accesibles en términos geográficos, políticos, y de lo que en urbanismos se conoce como centralidades o demás condiciones que se tengan en cuenta para habitar un territorio, ya que la distribución social del espacio está asociada en forma directa a la estructura social.

En consecuencia de lo anterior, el ASIS diferencial pretende ofrecer información actualizada sobre estas poblaciones, siendo una herramienta de análisis de situación de salud que orienta la toma de decisiones en torno al mejoramiento del acceso a los servicios de salud mediante el reconocimiento de los procesos de salud-enfermedad y calidad de vida.

Por tanto, el documento se estructura de la siguiente manera: En la primera parte se presenta el balance de la información previa disponible para cada población; el segundo, se hace una aproximación de las poblaciones con el territorio, aclarando que la información espacial disponible corresponde a los datos colectados por los equipos de salud pública durante la vigencia 2012 – 2016 cuya unidad geográfica de desagregación es el microterritorio, con las equivalencias por UPZ[†]. De igual manera sucede en el apartado demográfico pues este da cuenta de la información disponible y actualizada hasta el 2016. Posteriormente se desarrolló la identificación de necesidades de las poblaciones diferenciales haciendo énfasis en la prioridad de una de ellas por localidad en términos de relevancia de sus problemáticas sociales y de salud. Finalmente se exponen las acciones de respuesta generadas desde el plan de intervenciones colectivas, a las necesidades identificadas previamente.

[†] Equivalencia de microterritorio a UPZ: Los microterritorios San Juan De Dios Y Ciudad Jardín se encuentran en La UPZ Ciudad Jardín. Los microterritorios San Antonio, Restrepo Central, Villa Mayor, Restrepo y Santander encuentran en La UPZ Restrepo.

4.1 Balance de la información

4.1.1 Víctimas del conflicto

Con respecto a la población de víctimas de conflicto armado la SDS ha logrado consolidar información de caracterización por medio de la intervención del Programa Territorios Saludables, en donde se reporta un total de 1014 víctimas del conflicto armado en la localidad entre el año 2004 y el 30 de abril de 2015, de los cuales el 50,8 % (n=515) corresponde a mujeres, la mayoría de las víctimas reportadas corresponden a adultos, seguidos por niños y, en menor medida, jóvenes.

Por otra parte, las bases de datos de aseguramiento arrojan un total de 17860 personas caracterizadas como víctimas del conflicto armado en Bogotá D.C.; de estas el 1,2 % (n=213) corresponden a la localidad de La Candelaria, observándose una mayor prevalencia en la población masculina con el 54,9 % (n=117). Por etapa de ciclo vital, el 18,8 % (n=40) pertenecen a infantes, el 8,0 % (n=17) son adolescentes, el 16,0 % (n=34) jóvenes, el 45,1 % (n=96) adultos y el 12,2 % (n=26) restantes hacen parte de la población adulta mayor.

Las problemáticas mayormente identificadas son desarraigo social y cultural acentuado por su condición de marginalidad en la ciudad: situación en constante tensión debido al gran esfuerzo que deben realizar para mantener condiciones de vida digna y poder resarcir en algo su malogrado proyecto de vida

4.1.2 Población LGBTI

De acuerdo con la EMB del año 2014, en la localidad de La Candelaria el 1,73 % de los residentes se reconocen como homosexuales y el 1,00 % como bisexuales; a la vez que es la segunda localidad con menor proporción de heterosexuales, equivalente al 97 % del total poblacional local, por debajo de Bosa cuya estimación corresponde al 96 % (26). Durante ese mismo año, según base de canalizaciones, para las localidades de cobertura del Hospital Centro Oriente ESE II Nivel se reportaron un total de 74 registros de población LGBTI, cuya

desagregación por identificación de género indica que el 31,1 % (n=23) corresponde a transgeneristas, el 35,1 % (n=26) a población gay, el 21,6 % (n=16) a bisexuales e intersexuados y el 12,2 % (n=9) restante a lesbianas.

En relación con los servicios de atención colectiva, en el año 2014 no se desarrollaron actividades exclusivas para este grupo poblacional y solo se reportaron tres bajo la categoría “población diferencial”. Los demás servicios se dirigieron a niños y niñas, jóvenes, adultos, mujeres y población con discapacidad, cuya ubicación varía entre el centro y sur de la localidad, en los microterritorios Catedral Centro Administrativo, Catedral Aguas y Concordia, Egipto, Santa Bárbara y Belén II.

Las principales problemáticas para la población LGTBI fueron Estigma social marcado frente a la condición de esta población, lo cual se revierte en barreras de acceso para la prestación de servicios de salud y sociales. Además, también limita en la consecución de empleo y en general de oportunidades laborales y de estudio.

4.1.3 Población con discapacidad

Según la base de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad entre los años 2005 y 2014, en la localidad de La Candelaria residen 1483, de las cuales el 57,5 % (n=852) son mujeres. En cuanto a la discapacidad severa y según datos del Boletín de Salud Colectiva para las Diversidades y la Inclusión 2012 –2014, para la localidad se registra un total de 403 personas de las cuales 114 se encuentran vinculadas al proyecto de gratuidad en salud; mientras que 170 fueron los individuos abordados por alguno de los servicios de salud colectiva dispuestos, el 46,5 % (n=79) de los cuales correspondía a adultos, el 40,6 % (n=69) a adultos mayores y el 12,9 % (n=22) restante a niños, adolescentes y jóvenes.

La población con discapacidad identificada por el programa Territorios Saludables de La Candelaria durante el año 2014 presenta las siguientes características: se concentra en las zonas norte y oriente de la localidad, en los microterritorios

Catedral Centro Administrativo y Catedral Aguas y Concordia; Egipto y Belén I, respectivamente; mientras hacia el sur tiende a ser menos frecuente. En todas destaca la vulneración de derechos de la población con discapacidad generada por las limitaciones geográficas y actitudinales presentes en el contexto local y en las instituciones del territorio.

Las principales problemáticas identificadas para la población con discapacidad fueron la vulneración de derechos de la población con discapacidad generada por las limitaciones geográficas y actitudinales presentes en el contexto local y en las instituciones.

4.1.4 Ciudadano habitante de calle

Según el Censo de Habitantes de Calle 2007-2011, se reportan 262 personas con esta condición en la localidad, la mayoría de los cuales son hombres (figura 24). Al considerar la distribución por grupos etarios se observa que el 63,4 % (n=166) se encuentran en el rango de edad entre los 27 a 59 años, el 26,7 % (n= 70) cuenta con edades de 18 a 26 años, el 7,3 % (n=19) son mayores de 60 años, el 1,1 % (n=3) se encuentra entre los 14 y 17 años, mientras que del 1,5 % (n=4) restante se desconoce esta información. Según base de aseguramiento con corte diciembre de 2014, 70 habitantes de calle se encuentran afiliados al régimen subsidiado.

La población habitante de calle representa la mayoría de condiciones de exclusión social generadas por la dinámica que se desarrolla en su entorno y en su diario vivir. Sin embargo, dentro de los espacios de análisis se ha evidenciado una serie de situaciones de marginalidad asociadas a su estilo de vida y que, de una u otra manera, son reconocidas por los diferentes actores sociales pero que no han trascendido a espacios que generen programas o procesos de impacto que minimicen las brechas de inequidad social de esta población. Teniendo en cuenta lo anterior, en el Cuadro 8 se plasman las problemáticas y núcleo problemático identificados.

4.1.5 Persona de oficio reciclador, carretero y pequeño bodeguero

El logro más importante que se reconoce del Programa frente a la intervención con esta población está asociado al acercamiento con redes de recicladores y carreteros, el reconocimiento de esta población por parte de la administración central y el fortalecimiento de su estructura organizacional desde lo local. La oportunidad de mejora del Programa se centra en la articulación de acciones de los ámbitos laboral y comunitario con los Territorios Ambientalmente Saludables para el abordaje de población recicladora y carreteros.

4.1.6 Personas en ejercicio de prostitución

La inclusión del período agosto 2012 a 2014, la localidad de La Candelaria no cuenta con un censo oficial de personas en ejercicio de la prostitución, pero se han identificado ocho personas desde el Programa de Territorios Saludables durante el año 2014, siendo estos los únicos caracterizados y registrados en el mismo. A pesar de ello, se han identificado por parte del componente de Vigilancia Sanitaria un total de 28 establecimientos de alto impacto, en los que se estima hay una población proyectada de 420 personas/día, cifra que varía notablemente los fines.

Las principales problemáticas identificadas en la población en ejercicio de la prostitución son:

- Dificultad en la consecución de recursos económicos y posibilidades de formación.
- Se reconoce que existe discriminación por la orientación sexual e identidad de género de algunas personas que ejercen la prostitución
- Imaginarios sociales que desconocen la complejidad de esta condición.
- Prevalencia en enfermedades de transmisión sexual.
- Estigma social y familiar por el ejercicio de la actividad.
- Problemas de salud mental por su alto grado de vulnerabilidad, consumo de SPA, entre otras.
- Debilidad en pautas de autocuidado y hábitos de vida saludable.

4.1.7 Población étnica

la SDIS mediante el Proyecto 747, propende por la minimización de “la discriminación, el racismo, la invisibilización y las violencias ejercidas hacia los grupos étnicos que habitan en Bogotá, aunados a la débil capacidad estatal para responder de manera diferencial a sus realidades, generan inequidades y vulneración en el ejercicio pleno de sus derechos individuales y colectivos” (). Por su parte salud pública según APS en línea a atendió para la localidad la siguiente población.

4.2 Caracterización sociodemográfico

Para realizar la caracterización de las variables sociodemográficas de las poblaciones víctimas, LGTBI, habitante de calle, población en ejercicio de la prostitución, bodegueros y recicladores, se tomó como fuente de información las bases de datos de la intervención del programa territorios saludables del periodo de tiempo julio 2012 a junio de 2016; mientras que para la población con discapacidad se utilizó el Registro de Caracterización y Localización de personas con discapacidad.

4.2.1 Población Étnica

Para el periodo evaluado en la localidad de La Candelaria se identificaron 286 personas las cuales corresponden al 0.73 % del total del Distrito, el 51.05 % (n=146) corresponde al sexo mujer y el restante son hombres. (Tabla 33) Con respecto al curso de vida el más representativo es la adultez con el 41.96 % (n=120), seguido de juventud con el 20.28 % (n=58); los menores de 1 años solo aportan el 2.45 % (n=7) (tabla 34).

Tabla 33. Población étnica según sexo identificada en el programa territorio saludables, localidad de La Candelaria julio 2012- junio 2016

Localidad	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Candelaria	140	48.95	146	51.05	286	0.73
Subred centro oriente	2.887	44.48	3.599	55.45	6.49	16.66
Bogotá	17.46	44.82	21.417	54.98	38.953	100

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Tabla 34. Población étnica según curso de vida identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Menor de 1 año		Primera infancia		Infancia		Adolescencia		Juventud		Adultez		Vejez	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Candelaria	7	2.45	4	1.40	29	10.14	15	5.24	58	20.28	120	41.96	29	10.14
Subred centro oriente	147	8.85	761	57.69	872	64.66	516	32.28	1.305	108.07	2.444	184.17	378	30.12
Bogotá	465	2.03	2319	10.11	2857	12.46	1740	7.59	4494	19.59	8824	38.47	1697	7.40

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Según régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud de las personas identificadas el 55.6 % (n=159) no cuenta con la información, el 18.18 % (n=52) se encuentra en el régimen subsidiado. (Tabla 12) por nivel de escolaridad se identificó que solo el 24.83 % cuenta con secundaria completa, por otro lado, el 5.59 % tiene estudios universitarios; y el 39.1 % (n =112) no cuenta con la información disponible (tabla 35).

Tabla 35. Población étnica según régimen de afiliación al sistema de salud identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Contributivo		Subsidiado		No asegurado		Otros	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Candelaria	42	14.69	52	18.18	33	11.54	0	0.00
Subred centro oriente	911	77.33	1.162	91.01	912	77.82	66	10.84
Bogotá	3355	14.63	3302	14.40	2060	8.98	168	0.73

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Tabla 36. Población étnica según nivel de escolaridad identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Preescolar		Primaria		Secundaria		Técnico		Tecnológico		Universitario	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Candelaria		0.00	75	26.22	71	24.83	12	4.20	0	0.00	16	5.59
Subred centro oriente	39	3	1.838	144	1.886	149	108	6	5	4	107	7
Bogotá	94	0.41	6736	29.37	7389	32.21	646	2.82	17	0.07	624	2.72

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

4.2.2 Población víctimas del conflicto

Para el periodo evaluado en la localidad de La Candelaria se identificaron 1333 personas las cuales corresponden al 2.73 % del total del Distrito, el 51.0 % (n=680) corresponde al sexo mujer y el restante son hombres (Tabla 37). Con respecto al curso de vida el más representativo es la adolescencia con el 25.36 % (n=338), seguido de infancia con el 20.03 % (n=267); esta distribución es distinta a la de la subred y la del distrito capital en donde la mayor proporción de la población de víctimas identificada se encuentra en el curso de vida adultez (tabla 38).

Tabla 37. Población víctimas del conflicto según sexo identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Candelaria	651	49	680	51	1.333	2.73
Subred centro oriente	4917	44.80	6038	55.01	10976	22.47
Bogotá	20.359	42	28.363	58	48.837	100

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Tabla 38. Población víctimas del conflicto según curso de vida identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Menor de 1 año		Primera infancia		Infancia		Adolescencia		Juventud		Adultez		Vejez	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Candelaria	19	1.43	267	20.03	289	21.68	338	25.36	132	9.90	202	15.15	80	6.00
Subred Centro Oriente	271	2.47	1790	16.31	2168	19.75	1176	10.71	1647	15.01	3247	29.58	618	5,630
Bogotá	1.193	2.44	5.683	11.64	8.629	17.67	5.058	10.36	8.839	18.10	16.242	33.26	2.962	6.07

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Según régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud de las personas identificadas el 38.26 % (n=510) pertenece al régimen contributivo, el 37.66 (n=502) se encuentra en el régimen subsidiado (Tabla 39) por nivel de escolaridad se identificó que solo el 46.44 % (n=619) cuenta con secundaria completa, el 4.20 % (n=56) cuenta con otros estudios no identificados (tabla 39).

Tabla 39. Población víctimas del conflicto según régimen de afiliación al sistema de salud identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Contributivo		Subsidiado		No asegurado		Otros	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Candelaria	510	38.26	502	37.66	129	9.68	21	1.58
Subred centro oriente	2252	20.52	2728	24.85	1182	10.77	115	1.05
Bogotá	8.923	18.27	10.898	22.32	4.756	9.74	381	0.78

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Tabla 40. Población víctimas del conflicto según nivel de escolaridad identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Primaria		Secundaria		Otros	
	n	%	n	%	n	%
Candelaria	311	23.33	619	46.44	56	4.20
Subred centro oriente	3683	33.56	3418	31.14	433	3.94
Bogotá	18.203	37.27	16.433	33.65	1.693	3.47

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

4.2.3 Población LGTBI

Para el periodo evaluado en la localidad de La Candelaria se identificaron 8 personas las cuales corresponden al 0.74 % del total del Distrito, la distribución según sexo es equitativa (tabla 41). Con respecto al curso de vida no hay información ya que solo 2 personas se encuentran dentro del curso de vida infancia y para 6 no hay especificación. Según afiliación al sistema de seguridad social el 50 % se encuentra en el régimen subsidiado, porcentaje que se encuentra más alto que la subred y al contrario del distrito en donde la mayoría se encuentra en el régimen contributivo (Tabla 42) solo se cuenta con el 37.50 % de la información para el nivel de escolaridad el cual pertenece a primaria.

Tabla 41. Población LGTBI según sexo identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Candelaria	4	50.00	4	50.00	8	0.74
Subred centro oriente	232	58.59	163	41.16	396	36.63
Bogotá	568	52.54	508	46.99	1.081	100.00

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Tabla 42. Población LGTBI según régimen de afiliación a salud identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Contributivo		Subsidiado		No asegurado		Otros	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Candelaria	0	0.00	4	50.00	0	0.00	1	13
Subred centro oriente	83	20.96	129	32.58	124	31.31	5	1.26
Bogotá	334	30.90	317	29.32	232	21.46	18	2

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Tabla 43. Población LGTBI según nivel de escolaridad a salud identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Primaria		Secundaria		Otros	
	n	%	n	%	n	%
CANDELARIA	3	37.50	0	0.00	0	0.00
SUBRED CENTRO ORIENTE	91	22.98	224	56.57	35	8.84
BOGOTÁ	208	19.24	601	55.60	151	13.97

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

4.2.4 Población habitante de calle

Para el periodo evaluado en la localidad de La Candelaria se identificaron 80 personas las cuales corresponden al 0.58% del total del Distrito, el 62.50 % (n=50) corresponde al sexo hombre y el restante son mujeres (tabla 44). Con respecto al

curso de vida el más representativo es la adultez con el 48.75% (n=39), seguido de juventud con el 23.75 % (n=19); esta distribución es comparable con la que cuenta la subred y el distrito (tabla 45).

Tabla 44. Población Habitante de calle según sexo identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Candelaria	50	62.50	30	37.50	80	0.58
Sub red centro oriente	7.704	75.86	2.451	24	10.155	74
Bogotá	10.257	74.52	3.494	25	13.764	100.00

Fuente: SDS Programas territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Tabla 45. Población Habitante de calle según curso de vida identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Menor de 1 año		Primera infancia		Infancia		Adolescencia		Juventud		Adultez		Vejez	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Candelaria	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	19	23.75	39	48.75	21	26.25
Sub red centro oriente	11	0.11	104	1.02	94	0.93	301	2.96	1.961	19.31	6.94	68.34	655	6.45
Bogotá	11	0.08	252	1.83	273	1.98	424	3.08	2.804	20.37	8.937	64.93	913	6.63

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Según régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud de las personas identificadas el 58.75 % (n=47) no se encontraba asegurado, el 13.75 (n=11) se encuentra en el régimen subsidiado. (tabla 46) por nivel de escolaridad se identificó que solo el 37.50 % (n=30) cuenta con secundaria completa, y el 25.0 % (n=20) con primaria (tabla 46).

Tabla 46. Población Habitante de calle según régimen de afiliación a salud identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Contributivo		Subsidiado		No asegurado		Otros	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Candelaria	0	0.00	11	13.75	47	58.75		0.00
Sub red centro oriente	336	3.31	2.17	21.37	6.404	63.06	141	1.39
Bogotá	548	3.98	3.054	22.19	7.355	53.44	163	1.18

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Tabla 47. Población Habitante de calle por escolaridad identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Primaria		Secundaria		Técnico		Otros	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Candelaria	20	25.00	30	37.50	0	0.00	0	0.00
Sub red centro oriente	2.384	23.48	3.822	37.64	0	0.00	442	4.35
Bogotá	3.317	24.10	5.471	39.75	0	0.00	697	5.06

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

4.2.5 Ejercicio de la prostitución

Para el periodo evaluado en la localidad de La Candelaria se identificaron 8 personas las cuales corresponden al 0.81 % del total del Distrito, el 100 % corresponde al sexo mujeres (tabla 48). Con respecto al curso de vida el más representativo es la juventud con el 87.50 % (n=7), esta distribución difiere de la subred y del distrito en donde el curso de vida más frecuente es la adultez (tabla 48).

Tabla 48. Población en ejercicio de la prostitución según sexo identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Candelaria		0.00	8	100.00	8	0.81
Subred centro oriente	80	18.22	359	81.78	439	44.57
Bogotá	130	13.20	853	86.60	985	100.00

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Tabla 49. Población en ejercicio de la prostitución según curso de vida identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Menor de 1 año		Primera infancia		Infancia		Adolescencia		Juventud		Adulthood		Vejez	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Candelaria	0	0.00		0.00	0	0	0	0	7	87.50	1	12.50	0	0.00
Subred centro oriente	0	0.00	0	0.00	0	0	7	2	152	34.62	261	59.45	10	2.28
Bogotá	0	0.00	0	0.00	4	0	22	2	371	37.66	539	54.72	18	1.83

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Como se observa en la tabla 50 para esta población el mayor porcentaje de afiliación al sistema de seguridad social en salud se encuentra en el régimen subsidiado con el 75.0 % (n=6), para el restante no se cuenta con información. En la tabla 51 se observa que solo el 37.50 % (n=3) cuenta con secundaria completa, del restante no se cuenta con información.

Tabla 50. Población en ejercicio de la prostitución según régimen de afiliación a salud identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Contributivo		Subsidiado		No asegurado		Otros	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Candelaria	0	0.00	6	75.00	0	0.00	0	0.00
Subred centro oriente	53	12.07	174	39.64	195	44.42	2	0.46
Bogotá	218	22.13	377	38.27	325	32.99	10	1.02

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Tabla 51. Población en ejercicio de la prostitución según nivel educativo identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Primaria		Secundaria		Técnico		Otros	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Candelaria	0	0.00	3	37.50	0	0.00	0	0.00
Subred centro oriente	117	26.65	242	55.13	7	1.59	4	0.91
Bogotá	185	18.78	630	63.96	43	4.37	17	1.73

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

4.2.6 Población bodegueros

Para el periodo evaluado en la localidad de La Candelaria se identificaron 5 personas las cuales corresponden al 12 % del total del Distrito, el 80 % corresponde al sexo mujeres y el restante son hombres (tabla 52). Con respecto al curso de vida el más representativo es la juventud con el 60.0 % (n=3), esta distribución difiere de la subred y del distrito en donde el curso de vida más frecuente es la adultez (tabla 53).

Tabla 52. Población bodegueros según sexo identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Candelaria	1	20.00	4	80.00	5	12
Subred centro oriente	44	51.76	41	48.24	85	20
Bogotá	196	47.12	220	52.88	416	1.009

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Tabla 53. Población bodegueros según curso de vida identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Menor de 1 año		Primera infancia		Infancia		Adolescencia		Juventud		Adultez		Vejez	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Candelaria	1	20.00	0	0.00	0	0	1	20	3	60.00	0	0.00	0	0.00
Subred centro oriente	10	11.76	9	10.59	5	6	3	4	12	14.12	27	31.76	12	14.12
Bogotá	18	4.33	36	8.65	28	7	27	6	73	17.55	162	38.94	46	11.06

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

En la tabla 54 se aprecia el régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud de las personas identificadas el 100 % (n=5) pertenece al régimen contributivo. La tabla 55 se observa el nivel de escolaridad en donde se identificó que el 40.0 % (n=2) cuenta con secundaria completa (tabla 54).

Tabla 54. Población bodegueros según régimen de afiliación a salud identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Contributivo		Subsidiado		No asegurado		Otros	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Candelaria	5	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Subred centro oriente	29	34.12	31	36.47	6	7.06	0	0.00
Bogotá	146	35.10	134	32.21	38	9.13	3	0.72

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Tabla 55. Población bodegueros según nivel de escolaridad identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Primaria		Secundaria		Técnico		Otros	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Candelaria	0	0.00	2	40.00	1	20.00	0	0.00
Subred centro oriente	20	23.53	33	38.82	7	8.24	2	2.35
Bogotá	131	31.49	178	42.79	27	6.49	7	1.68

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

4.2.7 Población recicladores

Para el periodo evaluado en la localidad de La Candelaria se identificaron 26 personas las cuales corresponden al 1% del total del Distrito, el 73 % corresponde al sexo hombres y el restante al sexo mujer (tabla 56). Con respecto al curso de vida los más representativos son la adultez y la vejez 19.23 (n=5) respectivamente, esta distribución difiere de la subred y del distrito en donde el curso de vida más frecuente es la adultez (tabla 57).

Tabla 56. Población recicladores según sexo identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Candelaria	19	73.08	7	26.92	26	1
Subred centro oriente	678	71.21	274	28.78	952	37.75
Bogotá	1.455	57.69	1.066	42.27	2.522	100

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Tabla 57. Población recicladores según curso de vida identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Menor de 1 año		Primera infancia		Infancia		Adolescencia		Juventud		Adultez		Vejez	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Candelaria	3	11.54	0	0.00	0	0	0	0	3	11.54	5	19.23	5	19.23
Subred centro oriente	19	1.92	38	3.99	35	3.67	0	0	104	10.92	615	64.60	102	10.71
Bogotá	95	3.77	166	6.58	159	6	98	4	377	14.95	1.223	48.49	233	9.24

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Según régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud de las personas identificadas el 46.15 % (n=12) pertenece al régimen subsidiado, el 42.31 % (n=11) se encuentra no asegurado (Ver Tabla 58) por nivel de escolaridad se identificó que solo el 65.38 % (n=173) cuenta primaria completa (tabla 59).

Tabla 58. Población recicladores según régimen de afiliación a salud identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Contributivo		Subsidiado		No asegurado		Otros	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Candelaria	2	7.69	12	46.15	11	42.31		0.00
Subred centro oriente	91	9.55	467	49.05	425	44.64	20	2.10
Bogotá	338	13.40	1.301	51.59	625	24.78	45	1.78

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

Tabla 59 Población recicladores según nivel de escolaridad identificada en el programa territorios saludables, localidad de La Candelaria, julio 2012-junio 2016

	Primaria		Secundaria		Otros	
	n	%	n	%	n	%
Candelaria	17	65.38	5	19.23	2	7.69
Subred centro oriente	435	45.6	408	42.85	32	3.36
Bogotá	1.219	48.33	937	37.15	75	2.97

Fuente: SDS Programa territorios saludables. Población preliminar julio 2012 a junio 2016. Descarga 04/7/2017

4.2.8 Población con discapacidad

Durante el periodo de 2004 a 2015 se caracterizaron según el registro de discapacidad en la localidad 1391 personas de las cuales el 44.21% pertenece al sexo hombre y el 55.78% al sexo mujer. En cuanto al curso de vida el de adultez representa el 50.87% (n=555) seguido el de vejez con el 35.75% (n=390). La infancia solo representa el 3.67% (n=40). Según régimen de afiliación el 60.03% pertenece al régimen subsidiado, seguido del 23.29% el cual se encuentra en el régimen contributivo (tabla 60).

Tabla 60. Población con discapacidad según régimen de afiliación, localidad de La Candelaria. 2004-2005

Régimen de Afiliación	n	%
Contributivo	324	23.29
Subsidiado	835	60.03
Régimen especial	19	1.37
Vinculado	138	9.92
Ninguno	62	4.46
No sabe	13	0.93
Sin dato	0	0.00
Total	1391	100

Fuente: Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad local, 2004-2005.

4.3 Relación de población y territorio

El territorio juega un papel importante en los análisis de la población y más aún en la población diferencial y de inclusión, dado que las situaciones particulares que enfrentan generan demandas importantes en el individuo para su desarrollo personal como en la interacción social, incidiendo en la comunidad y en el entorno social como sujetos de derechos, Análisis que aporta un panorama más amplio ya que implica reconocer, además de sus características demográficas, aquellas vinculadas con la manera en que interactúan con sus espacios de vida.

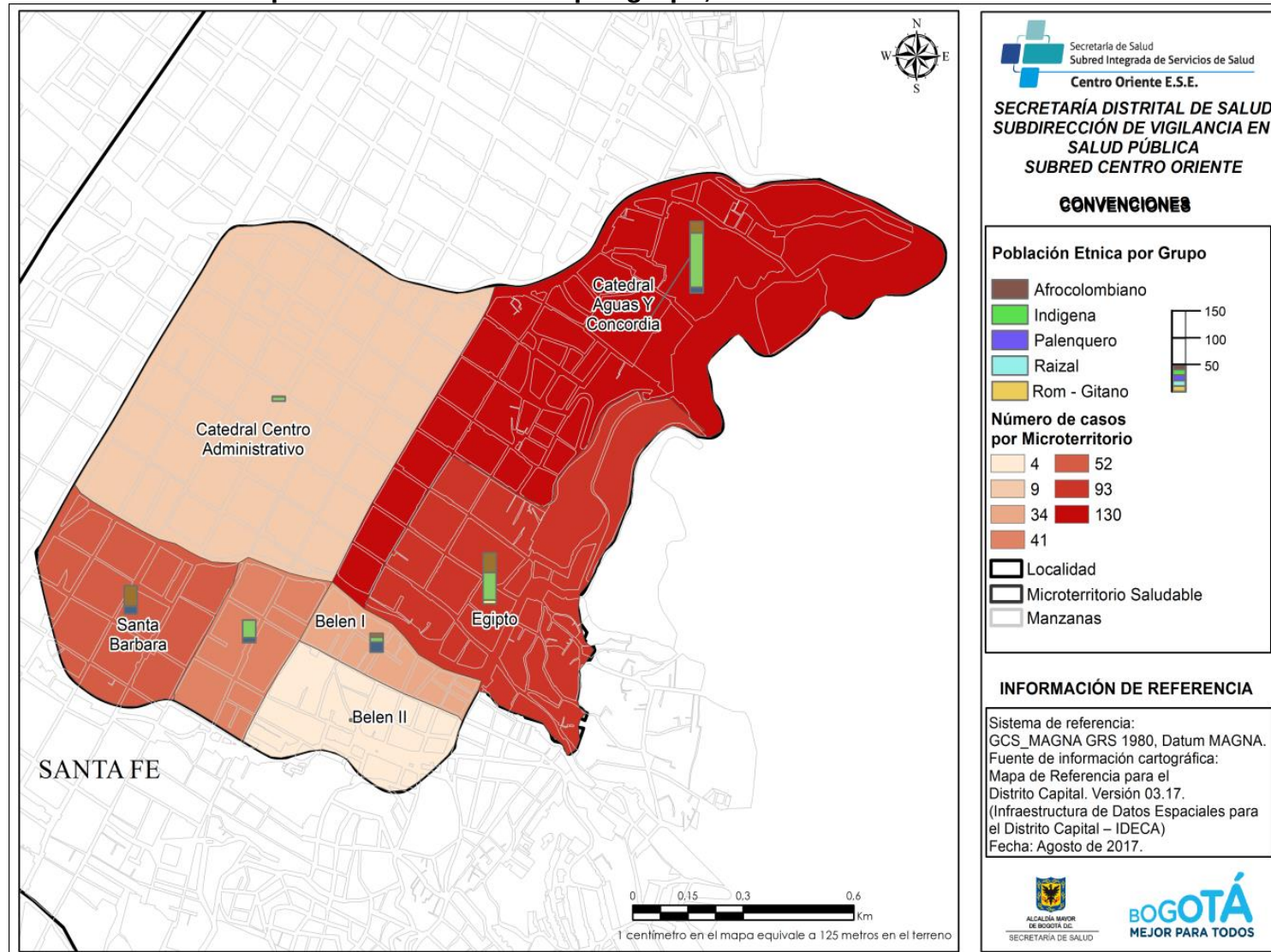
Es de resaltar las limitaciones existentes en los sistemas de información sectoriales en términos de consistencia en el tiempo, calidad y suficiencia, lo que dificulta lograr aproximaciones a la relación individuo/comunidad-territorio; no obstante, con la base distrital de Atención Primaria en Salud – APS 2012-2016, dispuesta por la Secretaría Distrital de Salud, a través de cuadros de salida que permitieron la elaboración cartográfica presentada a continuación.

4.3.1 Pertenencia étnica

En cuanto a la población Indígena, se puede destacar que tiene presencia en toda la localidad, siendo en número el grupo étnico con mayor registro, cuentan con una organización comunitaria fortalecida, la localidad no es solo el lugar de residencia de muchos, sino que tienen una fuerte presencia comercial, también es de destacar que en el caso del grupo cuenta con la sede del gobierno tradicional (cabildo) con el gobernador, existe un alto sentido de pertenencia y de gestión. La población indígena, por su parte, se ha identificado en los extremos suroccidental y nororiental, en los microterritorios Santa Bárbara y Catedral Aguas y Concordia, respectivamente; sobresaliendo el centro comercial Caravana en Catedral Centro Administrativo, donde algunos miembros de los pueblos Inga, Embera Katio y Wayúu desarrollan actividades comerciales ligadas a su cultura y tradición.

La población afro es la segunda con mayor registro y de igual manera que lo indígenas hacen presencia en toda la localidad, De acuerdo con lo reportado por el equipo se ubica principalmente sobre los microterritorios Santa Bárbara, Nueva Santa Fe y Belén II, al sur de la localidad, y de manera puntual en Catedral Aguas y Concordia, al nororiente, y en Catedral Centro Administrativo, al occidente; en este último, la afluencia de población afrodescendiente obedece a las actividades desarrolladas en la Casa Cultural Afro. Las personas que se reconocen como raizales son menos frecuentes y se emplazan en los microterritorios Nueva Santa Fe, Catedral Aguas y Concordia (mapa 4).

Mapa 4. Población étnica por grupo, localidad de La Candelaria



Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de la base de datos poblacional APS, Secretaría Distrital de Salud, 2012-2016.

4.3.2. Condición/situación o aquellas determinadas por la vulnerabilidad (Victimas del conflicto, habitante de calle, eciclador de oficio y personas en ejercicio de prostitución).

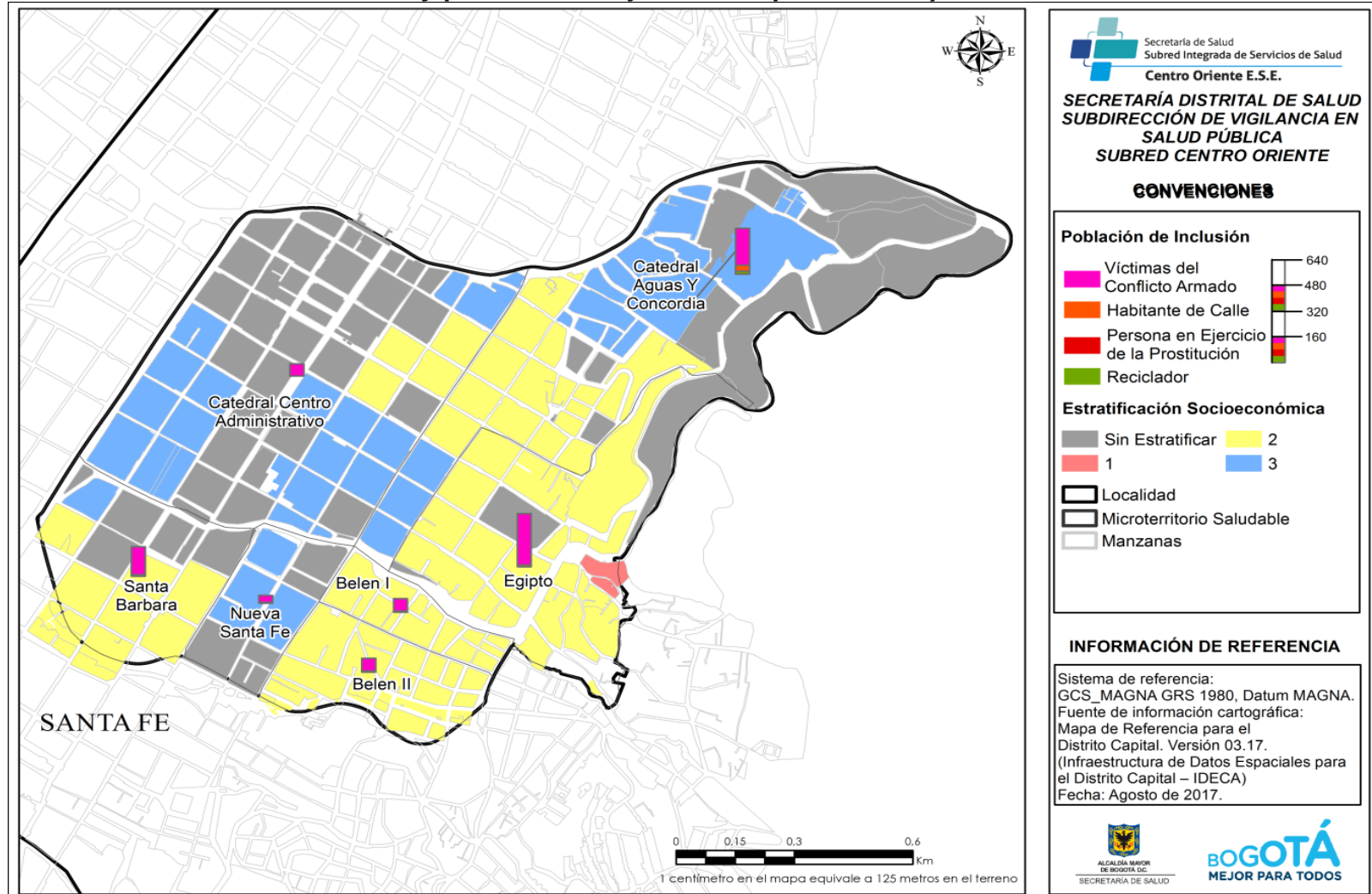
4.3.2.1 Víctimas del conflicto armado

Son la población con mayor registro en la localidad y su residencia se encuentra distribuida en varios de sus barrios, además de resultar un punto atractivo para residir ya que la oferta institucional y la cercanía con los sitios a los que deben acercarse para diligenciar y enfrentar las implicaciones de ser un migrante a la gran urbe del país.

4.3.2.2. Habitante de calle, Reciclador de oficio y Personas en ejercicio de prostitución.

Si bien el registro muestra un número reducido para esta poblaciones con residencia en la localidad, dentro de las interacciones diarias es frecuente encéntrase los habitantes de /en Calle transitan habitualmente con mayor presencia en algunos sectores que otros, en el caso de la población en ejercicio de la prostitución, en los recorridos territoriales se han evidenciado calles en las que se ubican para conseguir clientes, con unas particularidades frente a sus pares de la localidad de Santa Fe (mapa 5).

Mapa 5. Condición/situación o aquellas determinadas por la vulnerabilidad (víctimas del conflicto, habitante de calle, reciclador de oficio y personas en ejercicio de prostitución), localidad de La Candelaria

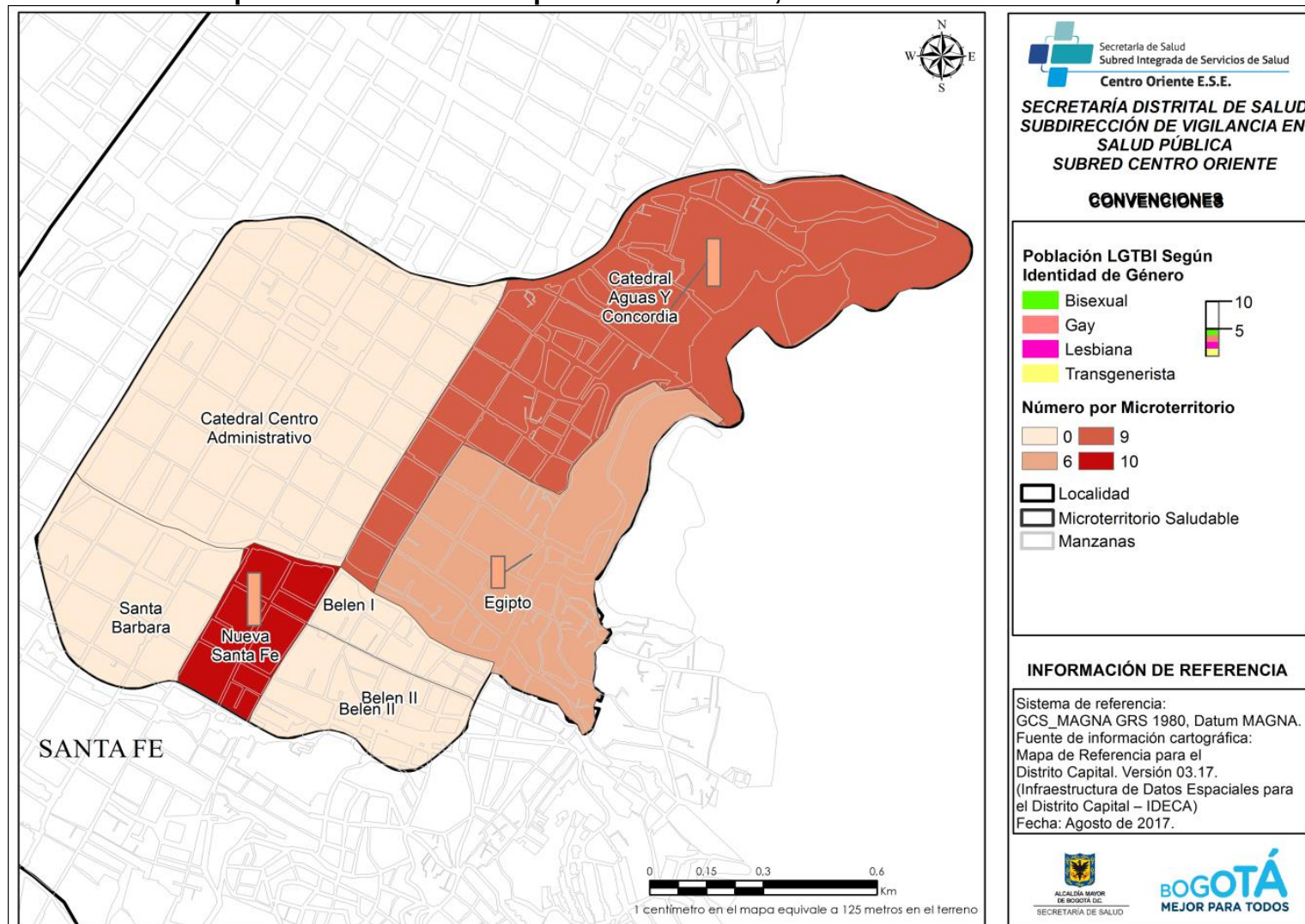


Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de la base de datos poblacional APS, Secretaría Distrital de Salud, 2012-2016.

4.3.3 Orientaciones sexuales e identidades de género

Si bien la cantidad de población LGBTI identificada es reducida, al considerar su lugar de residencia se observa que en todos los microterritorios se reporta por lo menos una persona, salvo por Santa Bárbara y Egipto, donde se ubican dos y cuatro individuos, respetivamente (Por identidad de género, los casos de Catedral Centro Administrativo, Nueva Santa Fe y Belén II corresponden a personas auto-reconocidas como gays; mientras en Belén I a una persona bisexual y en Catedral Aguas y Concordia a una intersexual. Por su parte, las personas identificadas en Santa Bárbara reportan reconocerse como lesbiana y bisexual; distinto a lo que ocurre en Egipto donde de las cuatro personas caracterizadas, tres se identifican como intersexuales y una como gay (mapa 6).

Mapa 6. Población LGBTI por microterritorio, localidad de La Candelaria

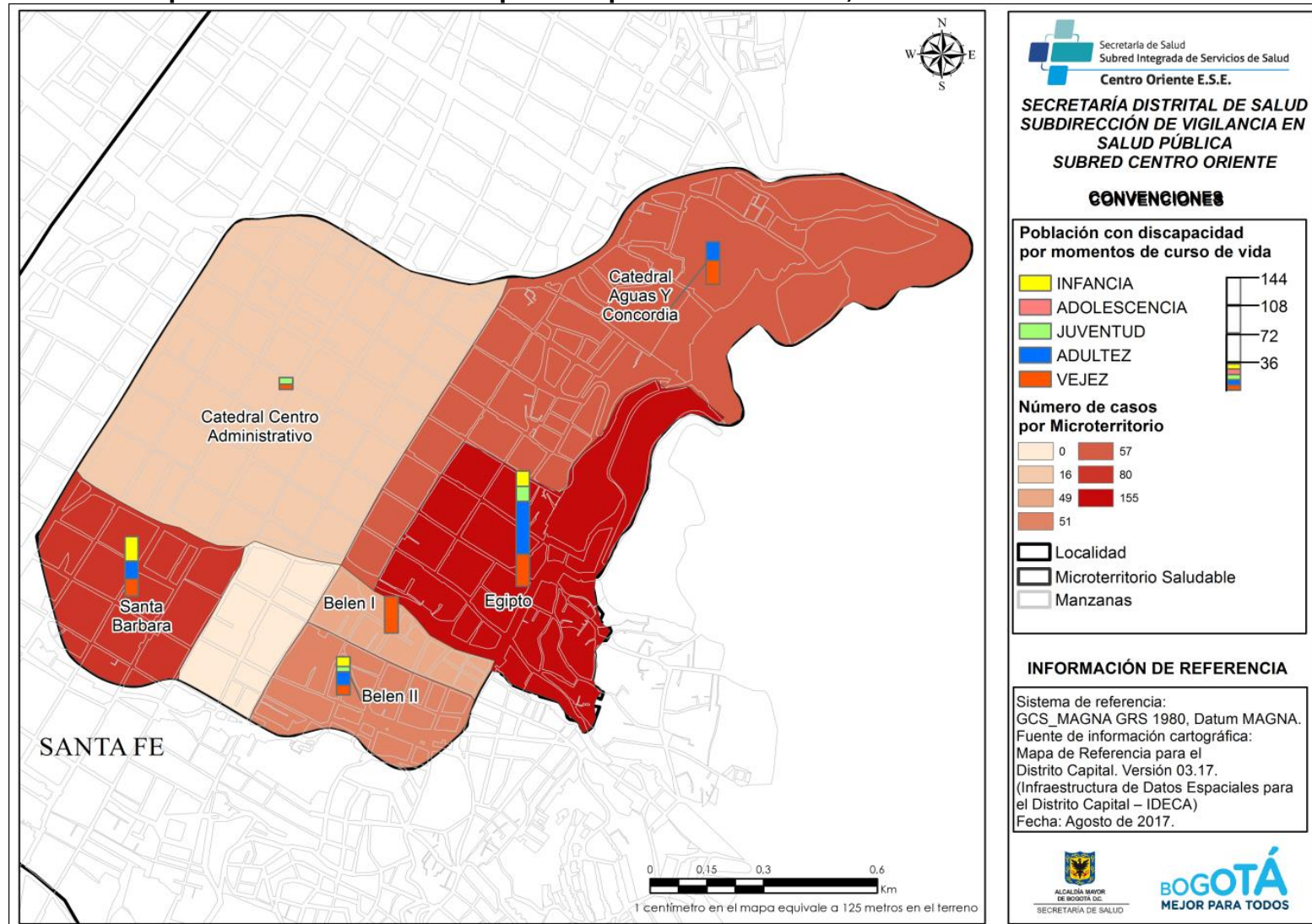


Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de la base de datos poblacional APS, Secretaría Distrital de Salud, 2012-2016.

4.3.4 Condición de discapacidad:

Se concentran en las zonas norte y oriente de la localidad, en los microterritorios Catedral Centro Administrativo y Catedral Aguas y Concordia; Egipto y Belén I, respectivamente; mientras hacia el sur tiende a ser menos frecuente. La población con discapacidad cuenta con un importante número de instituciones cuyas acciones propenden por la garantía de sus derechos sociales y de salud, los cuales han venido desarrollándose de manera consistente en el tiempo, de tal manera que se conjugan acciones asistenciales con comunitarias, con el objetivo de lograr el desarrollo pleno y la implementación de las habilidades propias del individuo (mapa 7).

Mapa 7. Población con discapacidad por microterritorio, localidad de La Candelaria



Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de la base de datos poblacional APS, Secretaría Distrital de Salud, 2012-2016.

4.4 Análisis de situación de salud para las poblaciones

En el proceso de identificación e necesidades en salud, se considera la información previamente recolectada, sistematizada y analizada que se ha expuesto en los acápite anteriores.

4.4.1 Pertenencia étnica

El perfil de morbilidad de la localidad de La Candelaria mediante la notificación de eventos de interés en salud pública de los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública para el año 2016 en la ficha de notificación se cuenta con la variable de la población indígena, como se observa en la tabla 1 donde se notificaron 2 casos uno por Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía y el otro por Varicela individual.

Para la población Rom- Gitano se presentó una notificación por enfermedades transmisibles, Varicela individual. De la población Raizal se presentó una notificación por VIH-SIDA.

Para la población negro, mulato y afrocolombiano fueron 4 notificaciones, dos clasificados en la dimensión de Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, uno por Morbilidad Materna Extrema y el otro por Sífilis Gestacional, los otros dos casos están clasificados en vida saludable y enfermedades transmisibles, dentro de los que se notificó un caso de ESI-IRAG y el otro por Tosferina.

Tabla 61. Eventos notificados al subsistema de vigilancia en salud pública de la población Etnia, en la localidad de La Candelaria, 2016.

	Otros	Rom, Gitano	Raizal	Indígena	Negro, mulato afrocolombiano	Total general
La Candelaria	400	1	1	2	4	408
Convivencia social y salud mental	14	0	0	0	0	14
Salud ambiental	24	0	0	0	0	24

Seguridad alimentaria y nutricional	37	0	0	0	0	37
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	113	0	1	1	2	117
Vida saludable y condiciones no transmisibles	9	0	0	0	0	9
Vida saludable y enfermedades transmisibles	203	1	0	1	2	207
Total general	400	1	1	2	4	408

Fuente: registro de notificación al subsistema de VSP de la Subred Centro Oriente, 2016.

Las problemáticas identificadas con respecto a salud de la población étnica son principalmente por la falta de garantía del aseguramiento, ya que se presentan dificultades para acceder a los servicios relacionadas con multiafiliación y/o afiliación en sus municipios de origen, así como el desconocimiento de la población con respecto a las rutas de acceso a los servicios de salud. La población étnica en la localidad sigue unos patrones de movilidad continua ya que los lazos con las comunidades en los territorios de origen son fuertes.

Situación que se acentúa dada la exclusión en el ámbito laboral, en donde a causa del desconocimiento de los empleadores y el bajo nivel educativo formal de muchos de las personas de las poblaciones étnicas residentes en la localidad dificultan el acceso a trabajos de calidad y por tanto al mejoramiento de las condiciones de vida, aunado a la falta una amplia oferta cultural que sea acorde con sus costumbres y prácticas ancestrales.

Dado que la salud no es igual a la medicina y que existen una diversidad de saberes que aportan a la misma, ya que cada cosmovisión tiene formas propias de representarla y prácticas colectivas que aportan a la prevención y atención de las distintas afectaciones de la salud, los grupos étnicos de la localidad ven interrumpidas sus creencias, ya que la atención que se recibe por el sistema de salud se limita solo al saber “científico” biomédico, y entienden los otros saberes como ficciones.

Lo anterior genera actos discriminatorios en los servicios de salud ante las percepciones jerárquicas de las personas tratantes de la medicina alopática lo que a su vez genera falta de adhesión a tratamientos. Las necesidades en salud de las poblaciones étnicas están profundamente ligadas al reconocimiento de sus Derechos Humanos, a la no discriminación y al trato digno. Por ello, la interculturalidad en salud, como encuentro de sistemas de conocimiento diferentes, se manifiesta como una necesidad sentida de los grupos étnicos.

En cuanto a la población Afrodescendiente, se puede indicar que la mayor cantidad de casos reportados por SIVIGILA son de residentes en las UPZ La Gloria y Veinte de Julio, con seis y cinco casos, respectivamente. Por tipo de evento, se comporta similar a lo enunciado con indígenas, con cuatro casos reportados por varicela y malaria, respectivamente; le sigue el reporte de tres casos de morbilidad materna extrema además de dos casos de tos ferina y, cierra el reporte, un intento de suicidio, una sífilis gestacional y un caso de VIH/SIDA.

En población indígena, los eventos reportados con mayor frecuencia son la varicela (n=9) y la malaria (n=4), principalmente de la UPZ Sosiego. Sin embargo, también se reporta morbilidad materna extrema, parotiditis y tos ferina, con un caso por evento.

4.4.2 Víctimas del conflicto armado

Las víctimas del conflicto armado corresponden a la población que ha sido afectada por los hechos victimizantes descritos en la ley 1448 de 2011, el desplazamiento forzado es uno de los eventos descritos que genera una continua vulneración en tanto se profundiza la experiencia de desarraigo en las dinámicas urbanas de manera cotidiana. La revictimización se presenta en las condiciones materiales y psicológicas precarias en un contexto adverso.

La escasez de oportunidades en lo ocupacional y laboral genera una dependencia a los programas asistenciales, lo que afecta la autonomía y adaptabilidad a entornos urbanos. Una de las preocupaciones más sentidas por la población

víctima del conflicto armado se concentra en la adquisición de vivienda y está relacionada con la condición de desarraigo al que han sido expuestas. Sin embargo, hay un latente descontento por las formas burocráticas para acceder a programas de vivienda que implican, a modo de ver de la población, unas barreras para el restablecimiento de sus derechos.

Existen débiles planes de retorno y reubicación con baja cobertura de la población, los cuales se ven afectados constantemente en razón a que no existe una garantía de satisfacción y no repetición de hechos violentos en sus lugares de expulsión.

Por todo lo anterior se ven obligados a habitar espacios que no cuentan con las condiciones salubres necesarias, o pueden estar ubicadas en sectores de riesgo de deslizamiento, con otros casos incluso en las mismas situaciones pueden vivir en hacinamiento lo que incrementa su vulnerabilidad.

Con respecto a las necesidades en salud se presentan continuas dificultades en el aseguramiento por tratarse de población migrante, lo que conlleva a barreras en la atención por trámites de vinculación y traslado de EPSs. Lo que implica una desatención de las necesidades generales en salud. El desconocimiento de las rutas y servicios de atención por falta de divulgación de los mismos dificulta la capacidad de exigibilidad de derechos de la población.

La atención psicosocial de manera continua se presenta como una necesidad en salud mental que incide en la resiliencia de las víctimas y en la recomposición de proyectos de vida que permiten adquirir un capital social importante en el proceso de inclusión en el nuevo contexto.

4.4.3 Orientaciones sexuales e identidades de género

Se ha identificado que la población LGBTI de la localidad se ve afectada por problemáticas como las brechas sociales a causa diversidad sexual y de género que limitan el acceso los servicios sociales y de salud limitando a las personas en tener una vida libre y equitativa. Por su parte el desconocimiento y la poca

comprensión por parte de las instituciones y de la población en general invisibiliza sus problemáticas reales y específicas en salud.

Cabe mencionar que la población LGBTI que aún no se encuentra cubierta por los servicios de salud y sociales es aquella que aún no ha resuelto reconocerse y hacer visible su identidad de género y/o orientación sexual, ya que muchos lo ocultan o procuran no hacerlo visible para no enfrentar las estigmatizaciones sociales.

La discriminación por identidad de género y orientación sexual que afecta a las personas de los sectores LGBTI se entiende como todo acto, decisión y/o manifestación que afecte e impida el desarrollo de una vida digna e igualitaria. Dicha discriminación se deriva en:

- Hechos violentos
- La designación de roles laborales relacionados con mano de obra no calificada
- La prestación de servicios sociales y de salud sin un enfoque que reconozca su diversidad
- La vulneración de derechos como la educación con trato digno
- Materialización de prejuicios en los diferentes espacios de la vida cotidiana y escasas redes de apoyo sociales*

Las necesidades en salud más visibles se relacionan con garantía de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos y prevención de ITS[†]. Es recurrente la referencia de la población con respecto a los actos discriminatorios en los servicios de salud. Por lo que una atención diferencial continua que permita el acercamiento y la no discriminación, a su vez logra la adherencia de la población a los programas.

* Boletín Salud para las Diversidades y la Inclusión. Resultados del Programa Territorio Saludable Periodo enero 2013 a agosto 2014

[†] Evaluación Servicios amigables LGBTI

Se presentan situaciones específicas que afectan particularmente la morbi-mortalidad:

- Efectos adversos de transformaciones corporales artesanales.
- Desconocimiento de los procesos de hormonización y transformaciones corporales.
- Desórdenes alimenticios por los estándares sociales de belleza.
- Desconocimiento de Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Violencia dentro y fuera de la familia.
- Discriminaciones y violencias en los servicios de salud.[‡]

4.4.4 Condición de Discapacidad

Para la Localidad de La candelaria no se tiene ningún registro de notificación en el subsistema de vigilancia en salud pública de la población en condición de discapacidad y víctima de violencia, es importante tener en cuenta que la mayoría de los subsistemas de Vigilancia epidemiológica integran dentro de sus formatos de notificación y bases de datos la variable de identificación de la persona con discapacidad, sin embargo la captación y calidad del dato dependen de las personas que realizan el registro o notificación por lo tanto se debe considerar este factor al momento de hacer la descripción de los resultados.

Vista las necesidades por ciclo de vida se ha identificado que en la adultez y la vejez se presentan más frecuentemente enfermedades crónicas y condiciones físicas, esto quiere decir que las principales alteraciones o deficiencias corresponden al movimiento del cuerpo y el sistema nervioso, de forma tal que las principales limitaciones en las actividades de la vida diaria son: caminar, correr, saltar, pensar y memorizar, mientras que en etapas más jóvenes, la relación se da con problemas cognitivos.

[‡] Idem

En la etapa de ciclo de vida de infancia se evidencian escasas oportunidades para el desarrollo de capacidades en el contexto educativo; para los jóvenes y adolescentes existen escasas oportunidades para el desarrollo de habilidades y capacidades debido a debilidad en la implementación de políticas y disponibilidad de recursos que permitan dar respuesta a estas necesidades, conllevando a la exclusión social.

Situaciones que se complejizan dado que la población con discapacidad se enfrenta a barreras actitudinales por los imaginarios sociales frente a la discapacidad que, desde la familia, los amigos o personas cercanas, generan segregación y restricción para la participación e inclusión social en diferentes contextos de la vida cotidiana, por citar un ejemplo el desconocer o la negación a una vida sexual activa.

Para los adultos con discapacidad los imaginarios sociales se relacionan con incapacidad y no con la capacidad, encontrando escenarios educativos y laborales excluyentes afectando el desarrollo de su proyecto de vida; las personas mayores con discapacidad enfrentan negligencia por parte de la familia frente a su cuidado generando deterioro de la condición de salud y dependencia en actividades de la vida diaria.

4.4.5 Habitante de calle

En la localidad de La Candelaria, se encuentra notificada 19 casos en el subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la población Habitante de calle, según lo evidenciado en la tabla 2, un caso por Convivencia social y salud mental (Vigilancia En Salud Pública De Las Violencias De Género), 1 caso de Salud Ambiental (Intoxicaciones), un caso de Seguridad Alimentaria (Bajo Peso al nacer), 9 casos de Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos (uno por sífilis gestacional y 8 casos de VIH-SIDA) y de Vida saludable y enfermedades transmisibles 7 casos por Tuberculosis (tabla 62).

Tabla 62. Eventos notificados al subsistema de vigilancia en salud pública de la población habitante de calle, localidad de La Candelaria, 2016

Evento	La Candelaria	Total general
Convivencia social y salud mental	1	1
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	1	1
Salud ambiental	1	1
Intoxicaciones	1	1
Seguridad alimentaria y nutricional	1	1
Bajo peso al nacer	1	1
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	9	9
Sífilis gestacional	1	1
VIH/sida/mortalidad por sida	8	8
Vida saludable y enfermedades transmisibles	7	7
Tuberculosis	7	7
Total general	19	19

Fuente: registro de notificación al subsistema de VSP de la Subred Centro Oriente, 2016.

Con la población Ciudadana Habitante de Calle son frecuentes los casos de tuberculosis, infección de transmisión sexual (ITS) a causa de las prácticas de alto riesgo, así como infecciones por Neumococo y Herpes. Otro aspecto relevante en las alteraciones de salud son las lesiones menores, secuela de heridas, problemas de limitación articular y de ligamentos (brazos, piernas, espalda), que no se atienden adecuadamente y que van reduciendo la movilidad o generando trastornos de postura, a los servicios de salud ingresan solo los más graves, “cuando llegan”.

Hay también un conjunto de etiologías crónicas asociadas a problemas de infecciones respiratorias, digestivas, de desnutrición y de piel, que son atendidos 49 solo cuando la fase se torna muy crítica. La situación psicológica se encuentra enmarcada por la falta de futuro, con la que se vive el día a día, la depresión es

frecuente, así como la desesperanza. El consumo es un paliativo que ayuda a manejar la ansiedad y la depresión, en las personas de calle, son frecuentes crisis psiquiátricas y episodios de intoxicación aguda.

A la fecha se han desarrollado metodologías de intervención que se alejan de las posturas asistenciales y se fundamentan en generar procesos de inclusión social desde la reducción del daño, el trabajo con redes sociales, la formación en la práctica y la generación de proyectos productivos. Esta última tendencia, de acuerdo con resultados documentados, parece ser una alternativa esperanzadora para generar cambios sociales y procesos sostenibles.

Las condiciones higiénicas en los lugares donde duermen tampoco son buenas. Los cambuches y las cobijas para protegerse del frío son caldos de cultivo para parásitos. Son frecuentes casos de pediculosis severas, con lesiones de cuero cabelludo y en área genital, lesiones en la piel por escabiosis, salpullidos sobre infectados y lesiones producidas por animales (ratas, perros).

El acceso a medicamentos y sistemas de diagnóstico para la población de y en la calle es muy difícil. Para casos crónicos o con necesidades de intervención continua, es necesario el acompañamiento para lograr procesos. En general cuando hay alguna mejoría, tienden a abandonar el tratamiento.

La problemática de salud oral es muy grave y motivo de un sufrimiento muy severo, los servicios que atienden el problema son pocos y con limitaciones de recursos. No hay continuidad en el manejo de los casos, igualmente una vez pasa la fase crítica, no vuelven.

4.4.6 Reciclador de oficio

La población de inclusión, personas de ocupación recicladora, carreteros y pequeños bodegueros, son trabajadores informales que se caracterizan por compartir un mismo espacio para el uso productivo, donde se desarrolla una actividad laboral que aporta al sustento de la familiar, con el habitacional.

Además de la exposición a riesgos que pueden generar una enfermedad laboral o un accidente de trabajo para esta población, se le suma la alteración y bajas condiciones de calidad habitacional para todos los miembros del núcleo familiar, quienes debe convivir con el material recolectado, y los vectores a los que estos los puedan exponer.

Así mismo las barreras de acceso a los servicios de salud y la poca adherencia a la asistencia y afiliación al sistema de seguridad social integral, conlleva a la precariedad en la vida de estas personas, entre otras causas por la generación de bajos ingresos, pocas oportunidades de progreso debido al bajo perfil de la profesión por la poca exigencia de conocimiento y educación para ejercerlo.

La población de ocupación recicladora, carretera y bodeguera se opone a utilizar medios de seguridad industrial en su trabajo, por lo que las condiciones de protección laboral son mínimas como se puede apreciar en las mayorías de las bodegas de acopio. Seguramente en parte por su bajo nivel educativo y estilo de vida, y la falta de regulación entre pares.

4.4.7 Personas en ejercicio de prostitución

Las personas en ejercicio de prostitución, principalmente las mujeres se encuentran afectadas por diferentes “problemáticas como discriminación, dificultades para acceder a prestaciones sociales, créditos de vivienda, oportunidades laborales, formación para el trabajo, financiamiento y seguimiento para emprender proyectos productivos y garantía para una vejez digna”

Sin embargo, en la búsqueda de otras fuentes de información que permitan visibilizar las necesidades y contexto de las personas en ejercicio de prostitución se evidenció que las instituciones locales no han identificado sectores y/o establecimientos en donde se lleva a cabo el ejercicio de la prostitución por la tanto las respuestas institucionales en torno a la identificación de la población y sus necesidades son escasas. Excepto por parte de la SDIS a través del proyecto de adultez se identificaron dos sitios donde se prestan estos servicios, sin

embargo, por cuestiones de inseguridad de las zonas no se realizan intervenciones.

4.5 Acciones y respuestas en salud para las poblaciones diferenciales

De acuerdo a las necesidades en salud identificadas previamente, el presente apartado da cuenta de las acciones de respuesta que se llevan a cabo desde la salud pública a fin de atender y mitigar las problemáticas que presentan las poblaciones diferenciales de las seis localidades de injerencia de la Subred Centro Oriente.

En razón de lo anterior el capítulo se divide en tres partes; la primera, muestra las acciones de respuesta de acuerdo a cada necesidad de las poblaciones diferenciales; la segunda, da cuenta de un análisis de la ubicación espacial de la población en contraste con la ubicación de la respuesta institucional; la tercera, relata, a través de una experiencia exitosa, los logros del abordaje a la población diferencial priorizada en cada localidad.

4.5.1 Etnias

De esta población no se identificaron acciones de respuesta.

4.5.2 Población priorizada: LGBTI

Con respecto a la población LGBTI ya se han identificado necesidades en salud a consecuencia de efectos adversos de transformaciones corporales artesanales y procesos de hormonización. A su vez, las barreras de acceso por trato discriminatorio en los servicios de salud han generado poca adherencia a los tratamientos.

Las acciones de respuesta identificadas a cargo del equipo de Espacio Público se han enfocado en la promoción de factores protectores en salud para la mitigación de daños asociados al cáncer de mama y cáncer de testículo en personas transgénero, así como a la canalización y activaciones de ruta en salud para la

deconstrucción de barreras de acceso. Dichas acciones se han realizado en los barrios: Aguas, Candelaria y Santa Bárbara.

En el ámbito intersectorial, Espacio Público ha gestionado la articulación para el desarrollo de jornadas de salud con el Centro de Atención a la Diversidad Sexual y de Género zona centro de la Secretaría de Integración Social. Por su parte, el equipo de Gobernanza I contribuye en el fortalecimiento de la Mesa Local LGBTI del barrio La Candelaria.

De igual forma, el acercamiento intersectorial se ha desarrollado en espacios locales, jornadas LGBTI y acompañamiento a casos con la Alcaldía Local, La Subdirección para asuntos LGBTI, Policía local, IDPAC y Derechos Humanos de la Secretaría Distrital de Gobierno.

Los barrios donde las acciones se desarrollan están ubicados en las UPZ 94. Sin embargo, el subregistro existente de la población en la localidad imposibilita un análisis con respecto a la pertinencia de las acciones de respuesta, esto, toda vez que solo existe el registro de 4 personas en el mapa de distribución de población.

4.5.3 Mujer y género

Por parte del equipo de Gobernanza I se realizan acciones de respuesta en dos ámbitos, el primero son los planes locales de seguridad para mujeres y el segundo los casos de mujeres víctimas de violencias. Para el primero, desde la política pública de Mujer y Equidad de Género se ha participado activamente y para el segundo se ha realizado la activación de ruta.

Con respecto a la articulación intersectorial se ha implementado el sistema SOFIA, que integra las instituciones del orden local frente a acciones de eliminación de violencia contra las mujeres desde la Secretaría Distrital de la Mujer.

Las acciones de respuesta identificadas se han focalizado en la UPZ La Candelaria, sin embargo, para realizar un análisis de la valoración de la respuesta se requeriría una distribución ya no de la población sino de los casos de violencia a mujeres para identificar la localización de las activaciones de ruta.

4.5.4 Población en ejercicio de la prostitución

De esta población no se identificaron acciones de respuesta.

4.5.5 Población víctimas del conflicto

De esta población no se identificaron acciones de respuesta.

4.5.6 Población ciudadanos habitantes de calle

Las necesidades en salud que han sido previamente identificadas para la población Habitante de Calle se centran principalmente en el alto consumo de SPA, riesgo de contraer ITS y enfermedades infecto contagiosas.

Desde Espacio Público se vienen adelantando acciones de respuesta encaminadas al fortalecimiento de habilidades para el reconocimiento de redes de apoyo secundarias institucionales e identificación de rutas de atención para la mitigación de daños asociados a la permanencia en la calle y el consumo de SPA como estrategia de regulación emocional.

De igual forma Espacio Público acompaña los recorridos territoriales junto con Secretaría de Integración Social y Alcaldía Local donde se llevan a cabo acciones de enganche dirigidas a ciudadanos habitantes de calle.

La articulación que se adelanta desde el componente de Gobernanza I se desarrolla desde la Mesa Técnica de Habitabilidad en Calle donde se programan acciones con otras instituciones como: Aguas Bogotá, UAESP, Policía, Alcaldía Local, IDIPRON, Secretaría de Integración Social y Personería.

Las acciones de respuesta que se realizan directamente con la población desde el componente de Gobernanza I, se han enfocado en la recuperación de espacio público que se realizó en la quebrada Padre de Jesús y la quebrada Manzanare. Se han desarrollado a su vez sensibilizaciones a comerciantes frente a factores de permanencia y se han efectuado recorridos

El ejercicio de descripción demográfica de habitante de calle no da cuenta cómo se distribuye esta población en la localidad o cómo son las dinámicas de sus recorridos diarios (como lugares de pernoctación, lugares de estadía en el día o corredores de sus recorridos en general), por tanto, es difícil saber si los lugares en donde se lleva a cabo la respuesta por la política de habitante de calle corresponde a lo necesitado en la localidad.

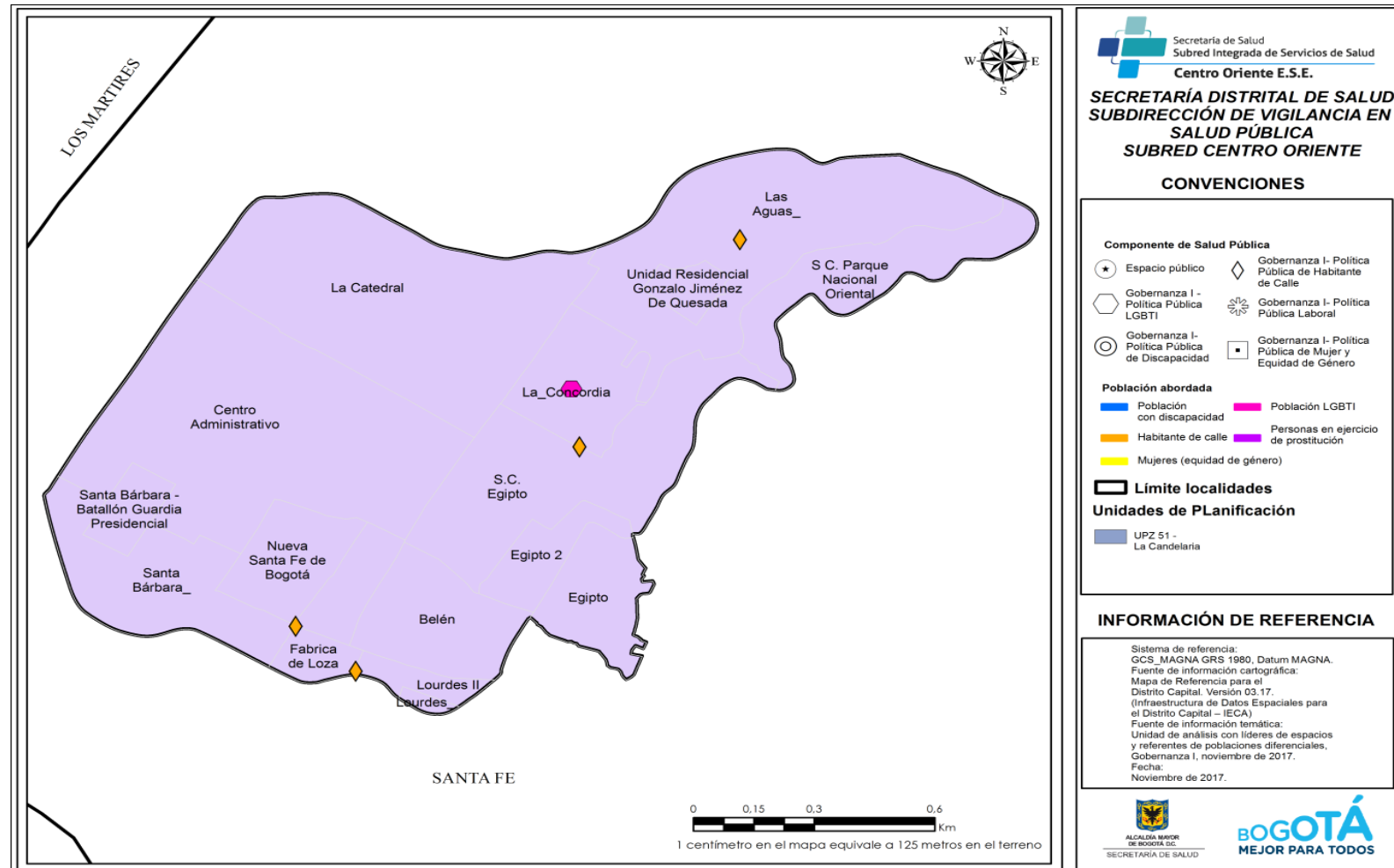
4.5.7 Población con discapacidad

Para la población con Discapacidad se ha identificado en apartes anteriores que las necesidades están estrechamente relacionadas con el entorno excluyente que afecta el proyecto de vida de las personas con discapacidad.

Las acciones identificadas que se adelantan desde el Espacio Público se han enfocado en la estrategia RBC y para ello han realizado capacitaciones dirigidas a la comunidad que buscan el empoderamiento de la política y brindar herramientas de exigibilidad de derechos desde el conocimiento de la normatividad y de las rutas de atención. Dichas acciones se han llevado a cabo en el barrio Belén.

Las acciones intersectoriales identificadas comprenden: articulación con IDRD para aprovechamiento del tiempo libre, articulación con Casa Comunitaria Belén para acceder a la oferta institucional y articulación con el COIS para la socialización de rutas de salud. Por otra parte, se realizó un encuentro con jóvenes infractores de la ley para generar diálogo de saberes.

Mapa 8. Respuesta institucional desde salud pública de la Subred Centro Oriente, en torno a las poblaciones diferenciales y de inclusión



Fuente: elaboración propia a partir de Unidades de análisis con Espacios y componente gobernanza

Como se evidencia en el mapa 8 y al analizar la distribución de acciones de respuesta por componente de Salud Pública y Población Diferencial se puede observar que la cobertura a nivel local de las poblaciones diferenciales es insuficiente. Sin embargo, las gestiones que se adelantan en los espacios de participación institucional y comunitaria no pueden ser medibles en términos de distribución sino bajo criterios de gestión intersectorial. Es importante resaltar que el subregistro existente en la identificación de algunas poblaciones en cuestión, invisibiliza sus problemáticas y potenciales puntos de atención prioritaria.

5. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

5.6 Espacio vivienda

El espacio vivienda se comprende como el escenario de refugio, acogida y afecto además de ser lugar de residencia y convivencia permanente o transitoria de las personas y las familias. En este espacio se busca desarrollar potencialidades y capacidades de las personas, familias y cuidadores para promover y proteger la salud y disminuir y controlar la exposición a riesgos en las viviendas, sean familiar o institucional a través de acciones integradas, que permita transformar su realidad a partir de sus propias decisiones ⁽¹³⁾.

Estructura

La operación del espacio vivienda comprende dos acciones integradas a saber: Cuidado para la salud familiar y Cuidado para la salud familiar institucional; estas acciones a su vez se subdividen en componentes. Los equipos están conformados por grupos de profesionales según la acción y escenario de desempeño; participan los perfiles de Enfermería, Psicología y técnico ambiental acompañados de los perfiles de odontología y nutrición de acuerdo al proceso e intervención (cuadro 1).

Cuadro 1. Estructura operativa espacio vivienda, Subred Centro Oriente, 2017

Componente	Escenario de operación	Talento humano
Acción integrada: Cuidado para la salud familiar		
Gestión del riesgo: acciones dirigidas a la población de mayor vulnerabilidad, con individuos identificables y caracterizables, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud de la persona.	Viviendas familiares	El grupo está conformado por 9 equipos (enfermera y gestores) distribuidos en las 6 localidades. Y un equipo adicional de 12 gestoras, en articulación con el PAI. En Total 10 equipos. Complementan las acciones: - Equipo de 2 geógrafos quienes organizan la priorización de los usuarios mediante la geocodificación por malla vial y predial exacto;

		- 3 técnicos en el proceso de consolidación de información; y - 7 digitadores en el proceso de agendamiento.
Acciones familiares: gestión del riesgo combinando medidas preventivas, modificando factores de riesgo y reforzando factores protectores que sean modificables para evitar que ocurra la enfermedad y medidas mitigadoras que modifican los efectos de la enfermedad.	Viviendas familiares	- Cada mes se hace caracterización y seguimiento a planes familiares para lo cual se cuenta con 22 equipos distribuidos en las seis localidades de la Subred; están conformados por los perfiles de enfermería, psicología y técnico ambiental, 7 odontólogos y 3 terapeutas, distribuidos de acuerdo al comportamiento de las notificaciones de los eventos en salud pública priorizados para el componente de familias.
Acciones en hogares comunitarios y de bienestar: Cuidado para la salud de la población institucionalizada, encaminada al fortalecimiento del derecho a la salud en beneficio de la población.	Hogares comunitarios y de bienestar	Cuenta con 6 equipos, cada uno con los perfiles de enfermería, técnico ambiental y gestor comunitario con pertenencia étnica, cuatro de esos equipos se complementan con los perfiles de medicina ancestral (Médico sabedor y partera).
Familias étnicas con atención integral en salud	Viviendas Pagadarios	- Se tiene 5 equipos, cada uno conformado por los perfiles de enfermería, psicología y técnico ambiental, y se complementan con el perfil de odontología.
Acción integrada: Cuidado para la salud familiar institucional		
Cuidado para la salud de personas, familias y cuidadores, instituciones de protección y atención integral a personas mayores	Instituciones de protección a personas mayores	Cuenta con 5 equipos, cada uno integrado por perfiles de enfermería y psicología, bajo la orientación del perfil de gerontología, para abordar 46 instituciones de protección y atención integral a personas mayores en las localidades de San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño y Mártires.
Cuidado para la salud de personas y cuidadores en instituciones de protección y atención para habitantes de calle y personas privadas de la libertad	Instituciones de protección y atención para habitantes de calle y personas privadas de la libertad	Con un equipo, conformado por los perfiles de enfermería, psicología y técnico en salud, para abordar en total 2 instituciones Carcelarias, 1 institución de atención a población habitante de calle y 1 institución de responsabilidad penal para adolescentes.

Fuente: Elaboración propia espacio Vivienda, Subred Centro Oriente, año 2017

2.1.1 Resultados

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos como producto de la gestión del Espacio Vivienda en la localidad, de acuerdo a las acciones integradoras y sus respectivos componentes.

2.1.1.1 Acción integradora 1 Cuidado para la salud familiar - gestión del riesgo

Desde este componente se aplica un instrumento de identificación de necesidades de atención en acciones de protección específica y detección temprana y evaluación del riesgo, en la residencia de usuarios categorizados como población pobre y vulnerable; esto con el fin de identificar factores de riesgo, determinantes sociales y aportar a minimizar barreras de acceso, mediante su caracterización y agendamiento de cita correspondiente, de ser requerido.

Desde este componente se han aplicado en el área de la Subred 32.313 instrumentos de valoración, con corte diciembre 2017, de los cuales 21.014 se identificaron con necesidad de citas en protección específica y detección temprana (65,0 %); de éstos, 15.141 usuarios ya han ingresado a la atención en salud (72,0 %). La distribución de estos usuarios para la localidad de Antonio Nariño se observa en la tabla 63, con distribución similar entre sus UPZ.

Tabla 63 Distribución de Usuarios con agendamiento, componente gestión de Riesgo, localidad de La Candelaria, 2017

UPZ	Barrios	Usuarios agendados
94 La Candelaria	Lourdes, Lourdes II, Egipto, Nueva Santa Fe de Bogotá, Santa Bárbara, Fabrica de Loza y Santa Bárbara	348
Total La Candelaria		348

Fuente: elaboración propia equipo accvse - espacio vivienda, subred centro oriente, año 2017

El indicador de operación de este componente es la proporción de personas que logran acceder a programas y acciones de protección específica y detección

temprana. Así, la Tabla 64 permite observar que, en coherencia con la situación de aseguramiento, la gestión de riesgo se adelanta principalmente para los programas de detección de cáncer cérvico uterino, higiene oral y detección de alteraciones en el joven; así mismo, la mayor efectividad alcanzada en acceso a los programas se da para la detección de alteraciones del adulto y detección de cáncer cérvico uterino.

Tabla 64. Acceso a programas componente de gestión de Riesgo, localidad de La Candelaria, 2017

Programa	Núm.	Denom	Indicador
Crecimiento y desarrollo	30	50	60,0
Higiene oral (control placa bacteriana)	53	171	31,0
Programa del joven	37	89	41,6
Planificación familiar	5	17	29,4
Programa CCU (21 -69)	43	90	47,8
Programa tamizaje visual	3	4	75,0
Programa del adulto	23	37	62,2
Total general	194	458	42,4

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz espacio vivienda Gestión de riesgo. Num: Numerador Denom: Denominador.

2.1.1.2 Acción integradora 1 Cuidado para la salud familiar - acciones familiares

Teniendo en cuenta los criterios de selección de las familias, la acción integrada gestiona el riesgo combinando medidas preventivas modificando factores de riesgo y reforzando factores protectores que sean modificables para evitar que ocurra la enfermedad y medidas mitigadoras que modifican los efectos de la

enfermedad evitando complicaciones (secuelas, discapacidad, incapacidad y muerte) en el individuo y su familia para lo cual se llevan a cabo las siguientes actividades: Selección y priorización de familias, Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia, Reconocimiento cartográfico para el análisis de determinantes estructurales, Análisis conjunto con la familia de las condiciones halladas para establecer prioridades, Concertación del Plan familiar y Desarrollo de acciones centradas en familia.

El componente de acciones familiares construye planes de intervención con cada familia, los implementa, monitorea y evalúa; así, la Tabla 65 indica que en total se elaboraron 2.664 planes para la Subred de los cuales se han implementado 1.793 y se han monitoreado y evaluado un total de 771. En La Candelaria, a diciembre de 2017 se contaba con la implementación y evaluación del 71,7 % y 30,0 % de los planes formulados, respectivamente.

Tabla 65. Familias abordadas por localidad, componente acciones Familiares, Subred Centro Oriente

Localidad	Plan formulado	Plan implementado	Monitoreo y evaluación
La Candelaria	60	43	18
Santa Fe	410	277	64
Los Mártires	264	192	72
San Cristóbal	1.06	709	475
Rafael Uribe Uribe	733	500	98
Antonio Nariño	117	72	44
Total	2.644	1.793	771

Fuente: Construcción propia espacio vivienda con datos Plan Programático y presupuestal abril- dic 2017

Las acciones familiares que se generan a partir de los eventos epidemiológicos permiten la atención integral a familias con eventos de interés en salud pública en donde participa la persona en su atención en salud; es así como se observa seguimiento, tratamiento y control, según el evento. Aunque la cantidad de eventos es limitada, lo cual da alta sensibilidad a los indicadores, la (tabla 66) evidencia impacto favorable en la localidad para los indicadores observados, excepto para el indicador de casos de morbilidad materna extrema con seguimiento.

Tabla 66. Indicadores de operación en acciones familiares, localidad de La Candelaria 2017

Indicador	Numero	Denominador	Indicador
% de casos de MME con seguimiento (Vivienda)	6	49	12,2
Índice de mortalidad perinatal por MME	2	49	02:49
% de casos de sífilis gestacional con seguimiento (Vivienda)	1	3	33,3
Porcentaje de gestantes diagnosticadas con tratamiento	1	1	100,0
Índice de sífilis congénita por sífilis gestacional	1	1	01:01
Porcentaje de gestantes que asisten a control prenatal después del seguimiento por vivienda	1	1	100,0
% de casos de Bajo peso al nacer con ganancia de peso para la edad	3	4	75,0
% de casos de DNT aguda con ganancia de peso para la edad		0	
Porcentaje de casos de DNT aguda que ingresaron a programas sociales después del seguimiento y canalización por vivienda		0	

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz espacio vivienda Familias.

2.1.1.3 Acción integradora 1 Cuidado para la salud familiar - Acciones en hogares comunitarios y de bienestar

La secuencia de abordaje en este componente incluye la Priorización de los Hogares Comunitarios de Bienestar, el Acercamiento y concertación con las asociaciones de Madres Comunitarias y Hogares Comunitarios de Bienestar, la Caracterización social y ambiental del HCB para la identificación de riesgos colectivos en el Hogar Comunitario de Bienestar, el Reconocimiento de la cartografía base para el análisis de necesidades, la Concertación del Plan del Hogar Comunitario, la Implementación del Plan del Hogar Comunitario, basado en fortalecimiento de Capacidades en la Estrategia AIEPI Comunitario y Estrategia vivienda saludable y el Seguimiento al desarrollo de las acciones y plan del hogar.

En el componente de Acciones en Hogares Comunitarios y de Bienestar se caracterizaron 100 Hogares, en donde se dio curso al proceso de implementación y seguimiento a los mismos, lo cual indica el cabal cumplimiento en relación a la meta prevista durante el periodo abril-diciembre de 2017, desagregada por localidad y UPZ en la (tabla 67).

Tabla 67. Hogares Comunitarios abordados por localidad, componente Hogares comunitarios, Subred Centro Oriente

Localidad	Plan formulado	Plan implementado	Monitoreo y evaluación
La Candelaria	60	43	18
Santa Fe	410	277	64
Los Mártires	264	192	72
San Cristóbal	1.06	709	475
Rafael Uribe Uribe	733	500	98
Antonio Nariño	117	72	44
Total	2.644	1.793	771

Fuente: Elaboración propia espacio Vivienda

Durante la vigencia 2017 se abordaron este tipo de instituciones que por el tamaño de la localidad no son numerosas; sin embargo, la valoración de acciones desde este componente muestra un alto nivel de apropiación de prácticas en cuanto al manejo de basuras y a la identificación de signos de alarma frente al cuidado de los niños, su necesidad de atención institucional. Además, se identifica una alta proporción de los menores identificados con su esquema de vacunación completa, adheridos al control de crecimiento y desarrollo y con mejora en la calidad de su higiene oral (tabla 68).

Tabla 68. Indicadores de operación en hogares comunitarios y de bienestar, localidad de La Candelaria, 2017

Indicador	Numerador	Denominador	Indicador
Proporción de los hogares que hacen un manejo adecuado de las basuras	2	2	100
Proporción de las madres comunitarias que conocen al menos dos signos de alarma que indiquen la necesidad de llevar a su niño de inmediato al servicio de salud	2	2	100
Proporción de madres que conocen al menos dos signos que indiquen la necesidad de buscar ayuda fuera del hogar para un niño con diarrea	2	2	100
Proporción de las madres que conocen al menos un signo de alarma de neumonía en niños	2	2	100
Proporción de niños de cinco años con esquema completo de vacunación según PAI del municipio	27	27	100
Proporción de los niños menores de 5 años que disminuyeron el índice de placa bacteriana	18	18	100
Proporción de niños menores de cinco años que están vinculados al programa de crecimiento y desarrollo	22	27	81,5

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz espacio vivienda Instituciones.

2.1.1.4 Familias Étnicas con atención integral en salud

De conformidad a la meta establecida para el periodo abril 2017 – febrero 2018, se caracterizaron 300 familias en el área de la subred, las cuales han sido abordadas

según la pertenencia étnica, y en efecto, se proyecta el seguimiento durante los meses de febrero y marzo.

2.1.1.5 Acción integradora 2 Cuidado para la salud familiar institucional - Cuidado para la salud de personas, familias y cuidadores, instituciones de protección y atención integral a personas mayores

En estas instituciones la intervención comprende la Valoración del riesgo, la Construcción del plan institucional y la Implementación del Plan institucional; sin embargo, en La Candelaria no se adelantan acciones para este componente.

2.1.1.6 Acción integradora 2 Cuidado para la salud familiar institucional - Cuidado para la salud de personas y cuidadores en instituciones de protección y atención para habitantes de calle y personas privadas de la libertad

Este tipo de intervención comprende Valoración del riesgo, Construcción del Plan Institucional, Implementación del Plan Institucional, de espacios colectivos a través de la Estrategia Centros de Escucha, en las instituciones y Monitoreo y Evaluación del Plan Institucional además de las Acciones desde el componente de programas y acciones de interés en salud pública, la Aplicación de pruebas de VIH/sífilis y los Seguidimientos a TB; estas actividades se desarrollan en el Centro Carcelario Picota de la localidad de Rafael Uribe Uribe, la Cárcel Distrital de la localidad de San Cristóbal, el Centro de atención para habitantes de calle Centro Bakatá de la localidad Los Mártires y el Centro de responsabilidad penal para adolescentes CAE Belén de la localidad de La Candelaria.

2.1.2 Conclusiones

Las acciones desarrolladas desde el espacio vivienda se corresponden en distribución con la identificación de eventos relevantes para la salud pública, no obstante, la dinámica poblacional de la localidad, con énfasis en eventos como morbilidad materna extrema, sífilis gestacional y desnutrición aguda.

Este tipo de intervenciones son altamente pertinentes en tanto identifican y gestionan riesgos para la salud de las personas y sus familias; aunque, se debe

considerar un volumen importante de eventos de interés en salud pública que no logran ser objeto de este mismo tipo de intervención.

5.6 Espacio educativo

Fomentar la salud y el bienestar en niños, niñas, adolescentes y jóvenes favoreciendo prácticas cotidianas, entornos y estilos de vida saludables en el espacio educativo, a través de la implementación de Sintonizarte como acción integrada de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo individual y colectivo.

Componente acompañarte

En el marco de la gestión de la salud se realizarán procesos de articulación con el Manual de Convivencia Escolar para implementar el componente Acompañarte, en el cual se adelantarán dos procesos: A) Conformación de grupos promotores de convivencia. B) Identificación de estudiantes con riesgos psicosociales. Fortalecimiento de habilidades para la vida a través de la implementación del Componente Acompañarte. Proceso de articulación con el referente del PESCC de cada institución y se debe Incorporar la estrategia Amarte al Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC).

Componente amarte

Se manejan dos Ejes, el primero es gestión para el mejoramiento de entornos escolares donde se hace Revisión conjunta del programa educativo de la unidad, para transversalización e implementación del Proyecto de Educación para la Sexualidad y construcción de ciudadanía (PESCC). Para realizar el proceso de articulación con el Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC) se debe realizar: Se deja abierto la articulación con otros proyectos, planes y /o protocolos que tenga la institución educativa con el tema de Salud Sexual y Reproductiva. Y el segundo eje es promoción de vida saludable: actividad que se realiza con docentes en temas relacionados con Sexualidad,

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: Indague frente al significado de sexualidad y el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, centrado en temas de imaginarios, creencias, mitos e inquietudes frente a su ejercicio en adolescentes y jóvenes.

Componente disfrutarte

El componente Disfrutarte tiene dos ejes en el cual se desarrollan acciones de gestión con los directivos, docentes y en especial de educación física, y en general con la comunidad educativa para transversalizar los temas de alimentación saludable y actividad física en el currículo en un proyecto institucional en conjunto con el colegio, el mejoramiento de entornos escolares; y el segundo eje es promoción de vida saludable, actividad que se desarrolla con docentes para lograr la identificación de necesidades relacionados con seguridad alimentaria y nutricional y actividad física. Asesoría técnica en Promoción de la actividad física en lo cotidiano, resaltando la importancia de pausas activas en el aula de clase y jornadas promocionales de la actividad física de manera periódica, brindando herramientas al docente para que pueda incorporar contenidos de salud en el plan de aula.

Componente Cuidarte

Se trabajó con la comunidad educativa los siguientes aspectos acorde con las necesidades de la Institución Educativa: Disponibilidad de espacios físicos adecuados de higiene bucodental, lavamanos a la altura de los más pequeños, disponibilidad de agua potable, disponibilidad de cepillos dentales en el aula por cada niño, motivando a los padres para que envíen con el niño los cepillos dentales y garantizar que se establezcan los espacios de tiempo diarios destinados para el desarrollo de la técnica de higiene buco dental y de higiene de manos al interior de la institución.

Componente explorarte

De acuerdo a los riesgos colectivos identificados que están generando impacto negativo sobre el entorno ambiental escolar, se deberán implementar acciones concertadas con la institución que permitan disminuir la presentación de las mismas y ubicar los puntos críticos: Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética, Mantenimiento de la salud auditiva y comunicativa, Línea de Alimentos sanos y seguros, Línea de Hábitat, Espacio Público y Movilidad, Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico, Línea de Seguridad química, Línea de Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonótico y Línea de Medicamentos Seguros.

Se realizó la Conformación de Grupos Promotores de Convivencia con un total de 9 colegios abordados desde el espacio (ver tabla 69) para cada uno de los componentes, dicha estrategia fue fortalecida por un grupo promotor de salud mental y convivencia en cada sede intervenida de la institución educativa, integrando niños, niñas y adolescentes, con la orientación y acompañamiento del profesional y contando con el soporte de las líneas distritales de atención en salud mental Línea 106, línea psicoactiva 018000112439 y línea purpura 018000112137, para el desarrollo de iniciativas que favorezcan el buen vivir y la sana convivencia. Estos procesos deben materializarse en cada institución educativa a través de iniciativas como (campañas, programas en la emisora escolar, construcción de murales, grafiti, y otras estrategias de Información Educación y Comunicación) que favorezcan la promoción de salud mental a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida, en pro de evitar la aparición de eventos que afectan la calidad de vida de los miembros de la comunidad educativa.

Durante la intervención se identificaron estudiantes con signos y síntomas de riesgo psicosocial, además de adolescentes y jóvenes con consumos iniciales de sustancias psicoactivas logrando canalizar a los servicios de orientación juvenil-SOJU, que brinda apoyo y asesoría a los adolescentes y ofrece orientación a jóvenes que presentan consumo inicial de sustancias psicoactivas, así como a

sus padres y cuidadores. Además, se realizó un trabajo en conjunto con cada uno de los docentes que participaron en el proceso como la implementación del proyecto de Educación para la Sexualidad y construcción de ciudadanía, Temáticas en torno a la identificación de necesidades, en temas relacionados con seguridad alimentaria y nutricional y actividad física y entorno ambiental escolar.

Se desarrollaron grupos conversacionales con los padres de familia para orientarlos en la promoción de pautas de crianza, y de acuerdo a la identificación de riesgos colectivos identificados en la institución educativa se dialoga acerca de los factores de riesgos presentes; pero además se cuenta con la participación de cada uno de los actores y sus compromisos según el rol frente a la problemática para dar una solución.

**Tabla 69. Colegios abordados, localidad de La Candelaria
vigencia abril 2017- febrero 2018**

Cant.	Localidad de La Candelaria	Componente abordados				
	Colegios abordados vigencia abril 2017-febrero 2018	Acompañarte	Amarte	Disfrutarte	Cuidarte	Explorarte
1	Colegio Escuela Nacional de Comercio (IED)	X	X	X	X	X
2	Colegio Tirso de Molina	X	X	X	X	X
3	Colegio Luz y Vida	X	X	X	X	X
4	Colegio del Santísimo Rosario	X	X	X	X	X
5	Instituto de Bachillerato Técnico Comercial Pitágoras	X	X	X	X	X
6	Colegio de Los Ángeles	X	X	X	X	X
7	Centro Educativo Libertad	X	X	X	X	X
8	Liceo Julio Cesar García	X	X	X	X	X
9	Hogar E La Niña Veracruz	X	X	X	X	X

Fuente: Elaboración propia espacio Educativo, Subred Centro Oriente, año 2017

La tabla 70 muestra la estructura del talento humano del espacio.

Tabla 70 Estructura Espacio Educativo. Subred Centro Oriente

COMPONENTE	TALENTO HUMANO
Acompañarte	Psicólogo
Amarte	Enfermero Profesional
Disfrutarte	Nutricionista
	Enfermero Profesional
Cuidarte	Odontólogo
	Enfermero Profesional
Explorarte	Técnico Ambiental
	Fisioterapeuta
	Nutricionista

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCSVyE, Espacio Educativo, a partir de Matriz de Resultados. Enero 2018

Componentes acompañarte

En esta localidad se evidencio que el porcentaje de personas con modificaciones positivas entorno a la resignificación de prácticas y hábitos de salud mental fue del 67,5 % de la población intervenida mejoró sus hábitos de salud mental desde una perspectiva comunitaria ligada a la cotidianidad, donde se realizaron grupos conversacionales para brindar herramientas en la identificación de riesgos en salud mental y la construcción de estrategias para la sana convivencia.

Componente Amarte

Porcentaje de personas con modificaciones positivas en torno a los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes y jóvenes fue de 68,6 %; se priorizaron acciones de promoción en torno al desarrollo de habilidades para el reconocimiento y cuidado del cuerpo, el fortalecimiento de autoestima, y otras competencias, que pueden ser trabajadas en conjunto con salud mental para potenciar resultados, enfatizando en derechos de salud sexual y reproductivos.

Componente disfrutarte

El indicador Porcentaje de personas con modificaciones positivas en torno a las mejores prácticas y hábitos en seguridad alimentaria, nutricional y actividad física se evidencia 48,9 % de los participantes que mejoraron su percepción de los hábitos saludables, desde el espacio educativo se realizaron grupos conversacionales donde se realizaron reflexiones que promovieron el acuerdo para desarrollar acciones de cuidado y auto cuidado del cuerpo.

Componente cuidarte

El porcentaje de escolares con mejores prácticas en salud oral fue de 47,7 %, en este componente se verificó el uso adecuado del cepillado, sin lograr un porcentaje de mejora en las prácticas de higiene oral, por la falta de conciencia de la población frente a los riesgos que se presentan por una inadecuada higiene oral.

Componente explorarte

El indicador de porcentaje de Puntos Críticos recuperados en instituciones educativas fue del 100 % en las instituciones abordadas de la localidad; se abordó primera, segunda, tercera y cuarta sesión en las instituciones educativas, el objeto de estas acciones fue enfocar el desarrollo de las sesiones frente a los riesgos identificados en la caracterización inicial. Realizando una contextualización general del proceso, las temáticas abordadas fueron: Línea de Cambio climático, Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética, Línea de Alimentos sanos y seguros, Línea de Hábitat, Espacio Público y Movilidad, Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico, Línea de Seguridad química, Línea de Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonótico Y Línea de Medicamentos Seguros, según institución.

El segundo indicador de evaluación en el componente de explorarte fue Porcentaje de personas que evidencian resignificación en torno a mejores

prácticas y hábitos en salud Ambiental donde el 90,6 % desarrollándose reflexiones sobre las problemáticas de las instituciones educativas buscando crear conciencia y modificación de conocimiento, actitudes y prácticas adecuadas de salud ambiental.

Se han venido implementando acciones desde el espacio educativo con la acción integrada sintonizarte, procesos de acercamiento y concertación a las instituciones educativas priorizadas, análisis de identificación del riesgo y proyección de planes de acción; conformación de grupos promotores de salud y convivencia, acciones de divulgación en cuanto a estrategias comunicativas y generación de iniciativas; desarrollo de grupos conversacionales con docentes y estudiantes al igual que acompañamientos en aula.

Se abordó a las instituciones educativas de la localidad, desarrollando temáticas de fortalecimiento de habilidades para la vida dentro de las más destacadas de acuerdo a las necesidades identificadas en cada una de las instituciones; estimular en la comunidad educativa el pensamiento creativo, resolución de problemas, relaciones interpersonales, logrando realizar actividades innovadoras para generar recordación de dichos temas; por otra parte, se dieron a conocer las líneas distritales de atención en salud mental como la 106, línea púrpura, línea psicoactiva, línea 141, donde se logró que los estudiantes las reconocieran y se conviertan en multiplicadores de la información.

Se abordó al cuerpo docente atendiendo temas asociados al cuidado de la salud mental como docentes, brindando estrategias de auto cuidado, reconocimiento de la importancia de su salud mental.

Reconocimiento de la importancia de realizar pausas activas mentales, el pensamiento lateral en la resolución de problemas.

Se logró impacto en el curso asignado realizando prevención de decisiones fatales y promoviendo la salud y cuidado mental.

5.6 Espacio trabajo

El conjunto de las acciones en salud que se realizan desde el Espacio Trabajo, está contenido en el objetivo de generar impacto positivo en la salud, a partir de la comprensión de los factores que se encuentran asociados a las condiciones de trabajo y en consecuencia se reduzca la ocurrencia de eventos adversos a la salud de la comunidad trabajadora que hace parte de la economía informal.

Siguiendo el referente conceptual de la SDS, el Espacio Trabajo materializa la política para la salud y calidad de vida de los trabajadores, ya que las acciones que se ejecutan son facilitadoras de herramientas que conllevan a mitigar los factores de riesgo y a potenciar los factores protectores desde un contexto individual y colectivo motivando a la implementación de estrategias favorecedoras de las condiciones de salud y los entornos laborales.

Las acciones específicas que realiza el Espacio Trabajo dentro del programa Bogotá mejor para todos, se demarcan en dos estrategias importantes:

La desvinculación progresiva de niños, niñas y adolescentes trabajadores de las peores formas del trabajo infantil, se ejecuta a partir de la estrategia “Habilidades para la vida”, lo que implica un abordaje integral con los niños, niñas, adolescentes, donde se busca fortalecer destrezas que contribuyan de manera positiva en el desarrollo integral de cada individuo, involucrando el entorno familiar como eje primario en el control de los factores de riesgo.

Dentro de esta estrategia se realiza acciones colectivas con niños, niñas y adolescentes para la prevención del trabajo infantil.

La localidad contiene una particularidad frente a la intervención de los niños, niñas y adolescentes, y está relacionada con la alta resistencia por parte de las familias para contribuir en la desvinculación del trabajo infantil o de la promoción del trabajo protegido, ya que existen patrones culturales y sociales marcados que conducen a adoptar el trabajo infantil como una estrategia educativa o fortalecimiento de valores.

Entornos de trabajo saludables, es una estrategia que se implementa en las Unidades de Trabajo Informal, la cual conlleva a minimizar los eventos asociados a la salud de los trabajadores, donde es determinante la promoción del autocuidado y la gestión del riesgo, teniendo en cuenta los patrones culturales, sociales y económicos que hacen parte de la comunidad trabajadora e interfieren en la ejecución de la acción.

La población trabajadora de la localidad, es una población que se encuentra expuesta a riesgos importantes que puede afectar la salud; sin embargo, existen imaginarios erróneos que interfieren en la implementación de la estrategia, teniendo en cuenta que desempeñan la labor u oficio desde hace varios años, generando exceso de confianza y resistencia ante las medidas de intervención.

Dentro de la estrategia se encuentra inmersa la población en ejercicio de prostitución, y evidenciando que la localidad es una zona de baja concentración frente a otras localidades como mártires y santa fe, por cuanto es de gran relevancia mitigar el riesgo asociado a la actividad laboral que desempeñan, a través de los centros de escucha que contienen actividades individuales y colectivas orientadas a la promoción de prácticas saludables.

Se realizaron acciones con las unidades de trabajo informal de bajo impacto, orientadas a los grupos de trabajadores informales – GOTI, donde se pretendió abordar temáticas de acuerdo a las necesidades priorizando las condiciones crónicas, derechos en salud y radiaciones ultravioleta. Esta acción se encuentra a cargo de las Especialistas en Salud Ocupacional.

Para lograr los objetivos del programa a través del Espacio Trabajo, se cuenta con un equipo de Tecnólogos, Técnicos, Profesionales y Especialistas en Salud Ocupacional, donde las acciones que se realizan son articuladas, dando una estructura más sólida al proceso y mayor impacto en el resultado.

A continuación, se presenta en la tabla 71 donde se relaciona el talento humano que hace parte de la ejecución de las acciones del Espacio Trabajo

Tabla 71. Distribución del talento humano del espacio trabajo para la Subred Centro Oriente

Localidad	Líder de espacio	Tecnólogo Salud ocupacional	Especialista en Salud Ocupacional	Psicólogo	Trabajador social	Enfermería	Auxiliar de enfermería
Antonio Nariño	1	3	1	1	1	1	0
La Candelaria		2	0		1		0
Los Mártires		3	1		2		0
Rafael Uribe Uribe		3	1	1	1	1	0
San Cristóbal		3	1		1		0
Santa Fe		3	1		1		0
Personas en ejercicio de la Prostitución (Toda la Subred)		0	0	1	1		2
Total	1	17	5	3	8	2	2

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE, Matriz de acciones Espacio Trabajo 2017.

El accionar del espacio se desarrolla a través de dos (2) acciones integradas en donde el proceso de captura de la información se inicia con el abordaje de los tecnólogos en salud ocupacional, quienes registran la información de básica de georreferenciación, características y de antecedentes en salud de los trabajadores, valoración de los riesgos en el entorno del trabajo y generación de plan de acción frente a los riesgos a intervenir, para finalizar con una evaluación de la implementación del plan de acción el cual permite registrar el impacto de las acciones realizadas por los profesionales.

5.3.1 Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas del trabajo infantil

El accionar del espacio se desarrolla a través de dos (2) acciones integradas en donde el proceso de captura de la información se inicia con el abordaje de los tecnólogos en salud ocupacional, quienes registran la información de básica de georreferenciación, características y de antecedentes en salud de los trabajadores, valoración de los riesgos en el entorno del trabajo y generación de plan de acción frente a los riesgos a intervenir, para finalizar con una evaluación de la implementación del plan de acción el cual permite registrar el impacto de las acciones realizadas por los profesionales.

5.3.2 Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas del trabajo infantil

La ejecución en la Acción Integrada uno, se encuentran las siguientes fases:

Identificación y caracterización, es un proceso que contiene la captura de la información básica de georreferenciación, características de la actividad que desempeñan, antecedentes en salud de los niños, niñas y adolescentes, la cual puede ser realizada por el profesional en Trabajo Social o el Tecnólogo en Salud Ocupacional. Dentro de la misma caracterización el Tecnólogo en S.O., hace la valoración de los riesgos en el entorno del trabajo. El profesional Social construye el familiograma y genera un plan de trabajo con la familia, y continúa el proceso hasta el cierre y realiza la canalización a nivel intersectorial para promover la desvinculación laboral.

En relación a los adolescentes la identificación y caracterización la realiza el Tecnólogo en Salud Ocupacional y continua el proceso el perfil de Psicología, también participa el perfil de enfermería y el tecnólogo en salud ocupacional quien trabaja en la promoción del trabajo protegido y la mitigación del riesgo desde la implicación que tiene en la salud del adolescente.

En la que se caracterizan factores de riesgo en salud, socioeconómicos, culturales y psicológicos; como determinantes en el trabajo infantil, buscando la promoción de habilidades para la vida en niños niñas y adolescentes junto con sus familias, fortaleciendo a los usuarios en temas de autoconocimiento, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, empatía, manejo de problemas, pensamiento crítico, pensamiento creativo, manejo de emociones, prevención de riesgo psicosocial con enfoque laboral.

La localidad de candelaria no posee una población infantil significativa debido a que no es una localidad de uso residencial, y su parte comercial predominaban las unidades de trabajo formal y legalmente constituidas, lo que dificulta la identificación y abordaje de niños, niñas y adolescentes trabajadores.

5.3.3 Estrategia de entornos laboralmente saludables para la promoción de autocuidado y gestión del riesgo en salud

Para la ejecución de la acción integrada dos, se tiene en cuenta que hace la captación y caracterización el Tecnólogo en Salud ocupacional, quien registra las características de cada unidad de trabajo, priorizando los riesgos, valorando el nivel de exposición, daño, definiendo las unidades de mediano y alto impacto y concertando un plan de trabajo con el dueño de la UTI, según las medidas de intervención necesarias para controlar los riesgos.

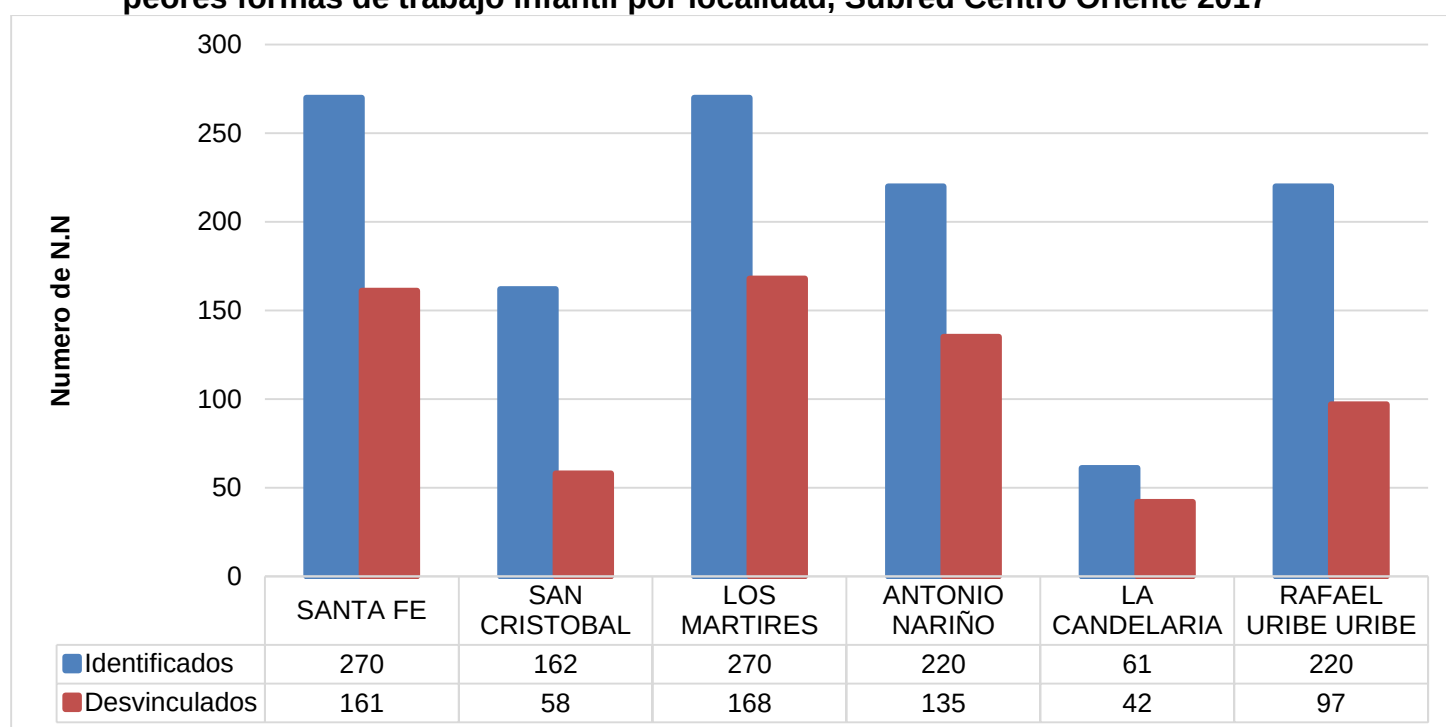
En las Unidades de alto impacto se prioriza el riesgo químico, y el proceso lo continua un Especialista en Salud Ocupacional, hasta finalizar con la evaluación. Dentro de este proceso participa el perfil de enfermería quien fomenta hábitos de vida saludable para la prevención de condiciones crónicas.

La localidad de candelaria por sus particularidades de centro histórico, administrativo y universitario tiene una menor proporción de unidades de trabajo informal lo que dificulta la identificación y caracterización de nuevas UTIS, de manera que puedan ser incluidas dentro de la estrategia de entornos laboralmente saludables.

A continuación, se realiza una descripción de los indicadores de impacto del espacio trabajo para la localidad de La Candelaria.

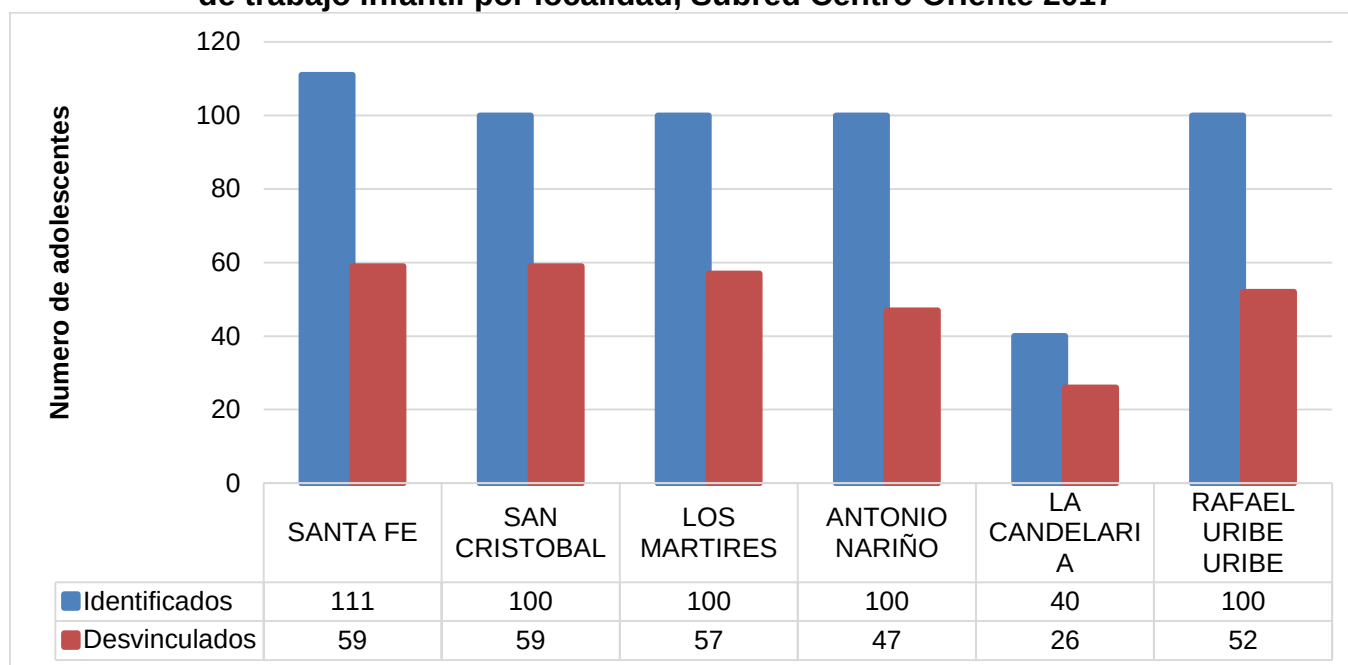
Como se observa en la figura 17 para la localidad de La Candelaria se logró el 68,85 % de niños y niñas con desvinculación de las peores formas de trabajo, donde los equipos identificaron 61 niños, niñas y adolescentes y se logró desvincular a 42.

Figura 17. Niños y niñas trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil por localidad, Subred Centro Oriente 2017



Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE, Matriz de acciones Espacio Trabajo 2017.

Sobre los adolescentes identificados para la localidad de La Candelaria como se aprecia en la figura 18 se logró desvincular al 65 % de las peores formas de trabajo a través de acciones de orientación y prevención psicosocial con enfoque laboral.

Figura 18. Adolescentes con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil por localidad, Subred Centro Oriente 2017

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE, Matriz de acciones Espacio Trabajo 2017.

La tabla 72 muestra que del total de UTIS caracterizadas por el equipo, se observa para la localidad de La Candelaria que el 1,25 % (n=4) de los trabajadores informales presentaron afectación por las condiciones de trabajo en UTIS

Tabla 72. Porcentaje de trabajadores afectados por las condiciones de trabajo en las UTIS por localidad, Subred Centro Oriente 2017

Localidad	Trabajadores afectados por las condiciones de trabajo en las UTIS	Total de trabajadores	Porcentaje
Santa Fe	81	1108	7,31
San Cristóbal	77	933	8,25
Los Mártires	71	412	17,23
Antonio Nariño	37	312	11,86
La Candelaria	4	320	1,25
Rafael Uribe Uribe	119	431	27,61

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE, Matriz de acciones Espacio Trabajo 2017.

El porcentaje de UTIS que implementan la estrategia de entornos saludables laborales para la localidad de La Candelaria es de 11,93 % (n=197) en las cuales realizaron acciones de promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud de los trabajadores de la economía informal en UTIS de alto impacto como muestra la (tabla 73).

Tabla 73. Porcentaje de UTIS que implementan la estrategia de entornos laborales saludables por localidad, Subred Centro Oriente 2017

Localidad	N° de UTIS que implementaron la estrategia	Total UTIS	Porcentaje
Santa Fe	458	1291	35,48
San Cristóbal	447	739	60,49
Los Mártires	582	880	66,14
Antonio Nariño	396	985	40,20
La Candelaria	197	1651	11,93
Rafael Uribe Uribe	643	570	112,81

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE, Matriz de acciones Espacio Trabajo 2017.

Durante el periodo abril diciembre 2017 se han desarrollado 2 centros de escucha donde se realizó la aplicación de 130 pruebas rápidas de las cuales 65 pruebas fueron de VIH y 65 pruebas fueron de sífilis, de las cuales se aplicó 17 personas extranjeras con nacionalidad venezolana. De estas 130 pruebas aplicadas ninguna fue reactiva para VIH y ninguna positiva para sífilis, durante el desarrollo de los dos centros de escucha participo una población total de 165 personas ya sea en ejercicio de la prostitución o vinculados a este ejercicio.

Resultados

La buena acogida de los empleadores y trabajadores frente a las acciones del programa lo que ha permitido realizar abordaje y acciones de educación a la población en ejercicio de prostitución por medio de centros de escucha, resaltando acciones con ciudadanos venezolanos.

Se ha generado canalización a casos de personas con problemáticas identificadas durante el desarrollo de los centros de escucha, por medio de las escuchas activas donde se han direccionado a las entidades correspondientes que le den respuesta según su necesidad.

Se ha logrado la implementación de medidas de protección para la salud y mitigación de riesgos por parte de los trabajadores y unidades de trabajo informal; sensibilizando a los trabajadores para la modificación de hábitos en sus entornos laborales, así mismo se ha logrado la canalización de trabajadores identificados que presentan barreras de acceso a los servicios de salud.

Por medio de las sesiones de seguimiento al proceso en las UTIS se han generado cambios favorables en el entorno de las unidades de trabajo informal, lo que ha generado un mejoramiento en su calidad de vida y laboral junto con una disminución a la exposición a riesgos.

5.6 Espacio público

El espacio público es el entorno de todos los otros espacios de vida cotidiana y busca el goce real y efectivo de la población residente en las localidades de cobertura de la Subred; favoreciendo la interacción y participación comunitaria y ambiental en entornos naturales o contruidos; en donde se articulan acciones en pro del bienestar de las comunidades que a diario hacen uso del Espacio Público en escenarios de resignificación, vivencias personales, ejercicio político y ciudadanías.

En el marco del espacio se cuenta con fuentes secundarias para la articulación y análisis de la información y generación de informes de gestión y resultados, tales como: Reorganización del Sector Salud en Bogotá (2016), Documento de Caracterización Poblacional (2017), Diagnóstico Socio Ambiental (2017), lineamiento y plan de acción planteado al iniciar la vigencia, 21 Monografías de las Localidades de Bogotá (2011), Estrategia de Orientación a Jóvenes con Consumos Iniciales (2013) y Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en

Bogotá (2016), Resolución 2465 de 2016 indicadores y clasificación antropométrico; allí cada uno de los perfiles tiene acciones determinadas y metas a cumplir.

Estas actividades se llevan a cabo en las seis localidades de la Subred a través de las cuales se capta la población por medio de estrategias comunicativas y en articulación con entidades intersectoriales, los diferentes equipos realizan estas acciones en aras de que los participantes se responsabilicen de sus prácticas saludables

Como se observa en la tabla 66 la operación se instaura a partir de tres prioridades: movilidad, establecimientos abiertos al público y recreación; para el abordaje de esta, se parte de dos acciones integradas las cuales hacen referencia a la gestión del riesgo en salud y comunidades promotoras y protectoras de salud.

Tabla 74 Estructura Espacio Público, Subred Centro Oriente

Acción Integrada	Componente	Producto	Talento Humano	Distribución Por Localidad
Gestión del riesgo en salud en el espacio público	Constructores del espacio público	Acciones Itinerantes	Ingeniero ambiental	Un equipo para la Subred
			Trabajador social	
			Profesional en Artes	
			Gestores comunitarios - 6	
		Caracterización y Monitoreo del Riesgo en Salud	Ingeniero ambiental	Un equipo para la Subred
			Trabajador social	
			Gestores comunitarios	
		Cúdate, Sé Feliz	Enfermero profesional	Un equipo para la Subred
			Fisioterapeuta	
			Ingeniero ambiental	
			Auxiliar de Enfermería	
	Vincúlate	SOJU	Psicólogo	Un equipo por cada dos

			Trabajador social	localidades
			Terapeuta ocupacional	
			Gestor comunitario	
		Acogida	Psicólogo	Un equipo por cada dos localidades
			Trabajador social	
			Terapeuta ocupacional	
			Enfermero profesional	
			Gestor comunitario	
Comunidades promotoras y Protectoras de la salud	Salud Sexual y Reproductiva	* Recorrido de reconocimiento local e identificación grupal para la escucha activa y concertación. * Sesiones con abordaje temático mediante metodología lúdica pedagógica y activo participación que posibilitan el reconocimiento del autocuidado y goce de la salud. * Actividades de enganche a partir de recorridos en calle para reconocimiento y acercamiento a los colectivos, producción de servicios, intervenciones breves y acciones de animación socioculturales teniendo en cuenta aproximaciones poblacionales diferenciales. * Iniciativa comunitaria para la materialización del conocimiento construido en las sesiones. * Verificación de las capacidades de autogestión y liderazgo de los participantes.	Terapeuta Ocupacional Agente de cambio Psicólogo Ingeniero Ambiental Trabajador Social Enfermero Profesional Médico Gestor Comunitario	Un equipo para la Subred
	Rehabilitación Basado en Comunidad			
	LGTBI - Habitante de Calle			
	Persona Mayor			
	Juventud			
	Barras Futboleras			
	Crónicos			
	Seguridad Alimentaria y Nutricional			
	Salud Oral			
	AIEPI			
	Ambiente			
	Salud Mental			

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCSVyE, Espacio Público, a partir de Matriz de Resultados. Enero 2018

Así pues, las acciones itinerantes son una estrategia comunicacional y puesta en escena que buscan fomentar prácticas de cuidado de la salud; previo se realiza elaboración de ficha técnica, la cual se construye en articulación con los referentes Distritales de la línea a intervenir.

A fin de dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por SDS, se realizan veinticinco (25) jornadas al mes con un aproximado de cuatro (4) por localidad perteneciente a la Subred; con una ejecución de dos (2) jornadas al día abordando dos (2) temáticas por mes, las cuales han sido definidas por la SDS de acuerdo a las dinámicas del comportamiento de los eventos de interés en Salud Pública. Dichas acciones buscan fomentar prácticas frente al cuidado de la salud a través de estrategias de convivencia ciudadana y cambios comportamentales en la población objeto.

El proceso de caracterización se realiza en articulación con Vigilancia en Salud Pública Comunitaria, el cual se planteó mediante la lectura de necesidades halladas en los diagnósticos barriales que hacen parte de las 20 UPZ de las seis localidades de la Subred; lo anterior se aborda desde un enfoque social y ambiental enmarcado en las relaciones humanas con respecto al entorno en el que habitan, a fin de identificar los riesgos asociadas al proceso de salud y enfermedad de la población.

La estrategia Cuídate, Sé Feliz pretende contribuir al uso efectivo y goce del espacio público para el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la Subred; orientando, motivando y guiando en materia de prevención de enfermedades crónicas, y promoción de hábitos de vida sana, así como los efectos en la salud provocados por la contaminación ambiental, mediante el desarrollo de acciones promocionales en salud en escenarios priorizados, dentro de los que se cuenta con cuatro (4) puntos en distribuidos en el recorrido de la ciclovía de la Subred, para lo cual se realiza articulación con el IDRD y Aguas de Bogotá, y siete (7) puntos en las localidades de cobertura.

La implementación de la línea psicoactiva, los Servicios de Orientación a Jóvenes (SOJU) y los Servicios de Acogida, hacen parte de la estrategia Vincúlate, los cuales permiten el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas y sus trastornos en la población.

En relación a los servicios de orientación a jóvenes con consumos iniciales de sustancias psicoactivas y riesgo de consumo, las acciones están encaminadas a brindar asesoría y orientación al grupo poblacional de 10 y 26 años de edad con consumos iniciales de SPA, haciendo énfasis en aquellos que viven en condiciones de vulnerabilidad social.

Los diferentes actores sectoriales e intersectoriales que atienden la población adolescente y joven de las localidades participan en la articulación de valoración del riesgo de estos a través de la descripción de la problemática y canalización de los mismos a SOJU.

Por su parte, el servicio de acogida identifica el riesgo en salud mental, salud sexual y reproductiva y en condiciones crónicas en los espacios comunitarios a partir del tamizaje en VIH, Sífilis, ASSIST, AUDIT y APGAR para la población mayor de edad; para lo cual se cuenta con la UVA Móvil y articulación con IDIPRON.

En las acciones desarrolladas por la estrategia Vincúlate, una vez identificados los usuarios a participar en los programas, se diligencia la siguiente información a fin de establecer el riesgo, consumo, vulnerabilidad social, gestión de caso, intervenciones a realizar, dinámicas familiares presentes.

- Ficha de identificación: Se recolecta datos sociodemográficos de los usuarios, se realiza tamizajes de funcionalidad familiar (APGAR familiar), riesgo de consumo (CARLOS KRAFT, ASSIST y AUDIT).
- Fichas técnicas: Temáticas de abordaje en acciones grupales.
- Consentimiento informado: Acuerdo con los padres de familia para realizar abordaje a menores de edad.
- Formato de evolución: Realización de seguimientos individuales y familiares de los usuarios. (SOJU)
- Formato de pruebas de pruebas rápidas VIH y sífilis: Se condensa la información de las personas a las que se aplica las pruebas y si es reactiva o no el tamizaje. (Acogida)

Para el componente de iniciativas comunitarias y con base a las necesidades y el bienestar de las comunidades y su capacidad de ser multiplicadores en la sociedad, se adelantan sesiones que permitan dar respuesta a las demandas identificadas en los grupos. Estas acciones se desarrollan a través de actividades lúdico pedagógicas a fin de generar apropiación de prácticas de promoción y protección de la salud que permitan el desarrollo de competencias para el cuidado de la salud, encaminados al fortalecimiento de vínculos y relaciones sociales de la población y potencializando habilidades; desencadenando en un estado de salud óptimo, concebido de manera integral en las diferentes estrategias planteadas desde SDS, las cuales abordan temas relacionados con AIEPI, crónicos, SAN, salud oral, persona mayor, ambiente, barras futboleras, salud sexual y reproductiva, salud mental, estrategia LGBTI y habitante de calle, RBC, juventud.

Con el fin de dar cumplimiento a cada una de las acciones realizadas por parte del espacio público, se hace necesario analizar los indicadores que dan cuenta de los componentes que lo comprenden; cabe anotar que estos hacen referencia a aquellos que han generado impacto en la población atendida.

Acciones itinerantes

De acuerdo a las dinámicas del espacio y por cómo se desarrollan las actividades, no se cuenta con un mecanismo que permita la medición del impacto en la población abordada, sin embargo, estas acciones buscan promover prácticas saludables de autocuidado relacionadas con el consumo de tabaco, lavado de manos y automedicación, salud ambiental, salud del viajero, seguridad vial, IRA, lactancia materna, salud oral y salud mental.

Las temáticas de las jornadas permiten centrar la atención y los comentarios de los espectadores, relacionados con los temas abordados; apoyados en las diferentes estrategias comunicacionales a nivel Distrital y Nacional en pro del cuidado de la salud y así minimizar la presencia de enfermedades subyacentes y comorbilidades asociadas. Para ello se han generado estrategias de articulación intersectorial (Cuídate, Sé Feliz) y transectorial con empresa COLGATE; así como

la implementación de la estrategia teatro invisible (técnica en la que los actores se involucran con el espectador sin llamar la atención) a fin de generar una dinámica de comunicación diferente en los espacios público de la subred.

Caracterización y monitoreo del riesgo en salud

A través de los recorridos barriales se evidencia las problemáticas existentes que dejan ver las necesidades sociales y ambientales, tales como el funcionamiento de servicios públicos, barreras de movilidad, violencias sociales, acumulación de residuos sólidos, eventos zoonóticos, y emergencias y desastres; dicha actividad se realiza a través de la observación participativa, así como de entrevistas informales con miembros de la comunidad; lo anterior con el fin de tener un diagnóstico real de las condiciones socioeconómicas de los diferentes barrios que componen las UPZ 54 – Marruecos y 96 – Lourdes, las cuales fueron priorizadas desde SDS mediante la revisión de diagnósticos rápidos por microterritorio.

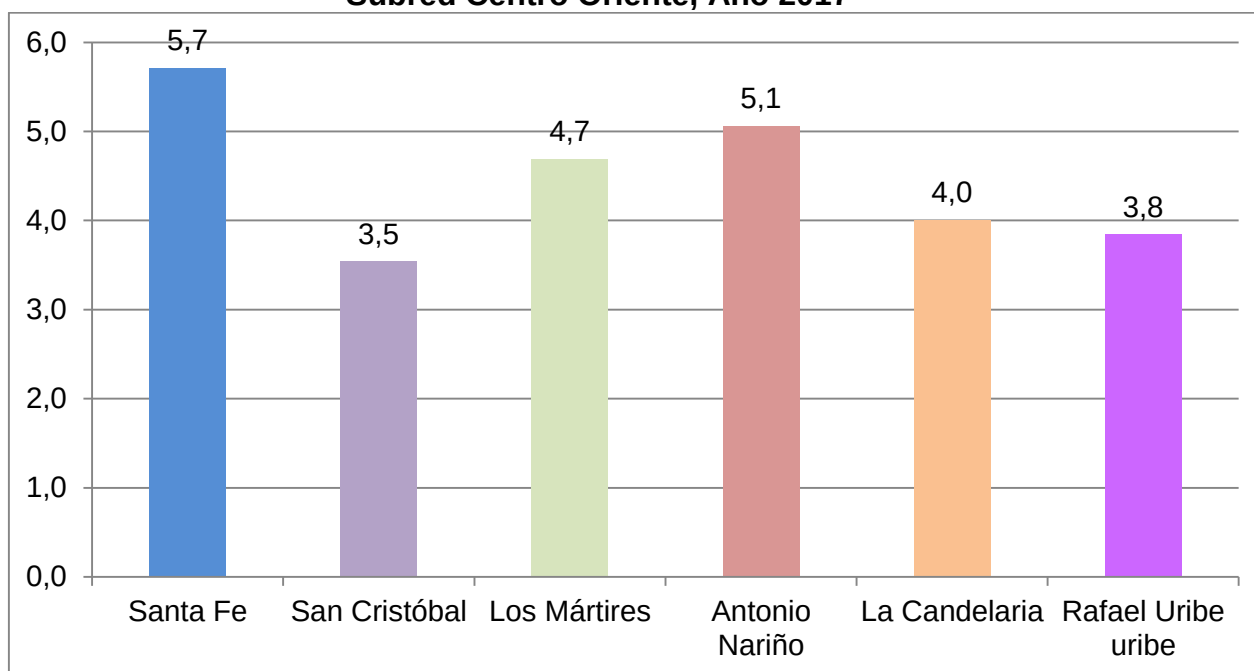
Esta acción busca más que obtener un resultado o ejecución, poder generar una línea base de estas condiciones para la intervención acorde a las necesidades comunitarias en futuras vigencias.

Cuídate, sé feliz

Como se mencionó anteriormente, la estrategia contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de la población residente y transeúnte, desarrollando acciones promocionales en salud en escenarios priorizados.

En cada punto se valora en una jornada un promedio de 48 usuarios a partir de los 18 años de edad, a fin de identificar aquellos con enfermedades crónicas sin tratamiento oportuno y quienes requieran se canalizados para seguimiento por parte de las EAPB de acuerdo a los hallazgos de las valoraciones, estableciendo las alertas correspondientes (figura 19).

Figura 19 Distribución población con riesgo alto. Cuídate, sé feliz, Subred Centro Oriente, Año 2017



Fuente: Elaboración propia Equipo ACCSVyE, Espacio Público, a partir de Matriz de Resultados. Enero 2018

Como se observa en la Figura 19, la localidad con mayor afectación en la población por enfermedades crónicas no transmisibles es Santa Fe con una 5,7 % (n: 401 – Población: 7019), seguido de Antonio Nariño con 5,1 % (n: 265 – Población: 5263), situación que refleja el comportamiento de la pirámide poblacional para cada uno de las localidades, teniendo en cuenta que estas han venido presentando una estreches en su base.

Aunque desde el espacio se realizan las canalizaciones y activación de rutas a las EAPB correspondientes, a la fecha no se cuenta con la realimentación pertinente a fin de establecer la oportunidad en la atención, inclusión a programas y seguimiento de estos usuarios; a tener en cuenta que dicha población es flotante dada las dinámicas de la estrategia.

SOJU

Para la cobertura de la población se tuvieron en cuenta aquellos jóvenes con falencias en relación a las habilidades para la vida, que presenten a su vez riesgo

psicosocial y familias disfuncionales, así como manejo inadecuado del tiempo libre.

Tabla 75 Distribución Jóvenes con consumo Inicial de SPA. SOJU, Subred Centro Oriente, Año 2017

Localidad	Jóvenes	Familias	Grupos	Sesiones	Superación consumo Inicial	Mejoramiento calidad de vida
Santa Fe	327	234	16	24	127	74
San Cristóbal	364	235	13	36	109	107
Los Mártires	464	324	21	24	172	104
Antonio Nariño	150	104	9	12	64	24
La Candelaria	150	104	9	12	64	24
Rafael Uribe Uribe	250	194	14	12	87	54

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCSVyE, Espacio Público, a partir de Matriz de Resultados. Enero 2018

Según la (tabla 75), a el 69,3 % (n: 104) de las familias se les realizó seguimiento por el riesgo dado por las condiciones de vulnerabilidad presentes en la misma, no solo para el joven sino también para los demás integrantes. En relación a los grupos conformados, la localidad presenta que con el 6 % (n: 9) de los participantes se realizaron grupos para el fortalecimiento de habilidades para la vida con un total de 12 sesiones durante el ciclo del programa. De acuerdo a la evaluación de superación inicial de consumo, se observa que con el 42,7 % (n: 64) se logró dicho objetivo; evidenciándose un mejoramiento en la calidad de vida de los jóvenes del 16 % (n: 24).

Acogida

Para el desarrollo del lineamiento se realizó abordaje individual frente al riesgo y grado de consumo de sustancias psicoactivas de la población que se encuentra en espacio público, tales como ciudadanos habitantes de calle, personas que frecuentan parques, bodegueros, bicitaxistas, recicladores, entre otros.

Desde el profesional de psicología, la intervención busca identificar el riesgo a través de procesos motivacionales; por su parte el perfil social verifica las dinámicas familiares y redes de apoyo sociales existentes. Enfermería trabaja en salud sexual y reproductiva, aplicando pruebas rápidas de VIH, Sífilis, captura de datos VESPA y asesoría en derechos sexuales y reproductivos. Adicional se lleva a cabo desarrollo de espacios comunitarios donde se realiza sensibilización frente a las habilidades para la vida. Por medio de estas intervenciones se realizan canalizaciones y activaciones de ruta a servicios de salud y espacios intersectoriales, como puerta de entrada a estos y se hace seguimiento de casos.

Cabe anotar que el proceso no tiene una meta distrital establecida, sino que la oferta de servicios se hace a demanda poblacional hallada en los puntos priorizados.

Comunidades promotoras y protectoras de la salud

Teniendo en cuenta las características con que se desarrollan estas actividades, no existe un seguimiento a las actividades que permitan la medición del impacto en la comunidad frente a los componentes a ejecutar.

Sin embargo, existen tres componentes que permiten de alguna manera establecer el impacto generado en la comunidad, estos son: LGTBI – Habitante de Calle, Crónicos y Salud Oral; para los demás elementos de la ejecución estos se encuentran al 100 % dado que esta se mide a demanda poblacional.

Para el componente LGTBI – Habitante de Calle, en la localidad se presentó un abordaje a la población frente a los temas concertados con referentes Distritales del 60,9 % (n: 81) y 39,1 % (n: 52) respectivamente; por su parte en Crónicos fue del 80 % (n: 12).

5.6 Vigilancia epidemiológica

La Red de Vigilancia en Salud Pública de la Subred Centro Oriente, durante el periodo septiembre 2016 a marzo 2017, conto con 21 instituciones que notificaron

eventos de interés en Salud Pública al sistema de información SIVIGILA, de las cuales un 57.14 % (n=12) son Unidades Primarias Generadoras de Datos-UPGD y un 42.85 % (n=9) Unidades informadoras- UI.

Durante el periodo evaluado, se contó con información oportuna suministrada por las UPGD y UI, lo que permitió realizar el seguimiento y la evaluación constante del comportamiento en la notificación de los eventos de interés en Salud Pública.

Teniendo en cuenta que la Convocatoria y realización de las unidades de análisis de mortalidad por IRA se realizan por ocurrencia se realizaron 23 análisis, todos los análisis cuentan con convocatoria, acta final y soportes. Para el periodo analizado se realizaron un total de 1 intervenciones epidemiológicas de campo de eventos de IRAG Inusitado y mortalidad por IRA. Para el mes de octubre se cerró una sala ERA en la localidad de La Candelaria.

Se realizaron en localidad de La Candelaria 73 registros del registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, estos registros de discapacidad fueron realizados a partir de las cinco estrategias para la captación de personas con discapacidad en la Subred, resaltando que el mayor aporte se generó por la estrategia de visitas institucionales.

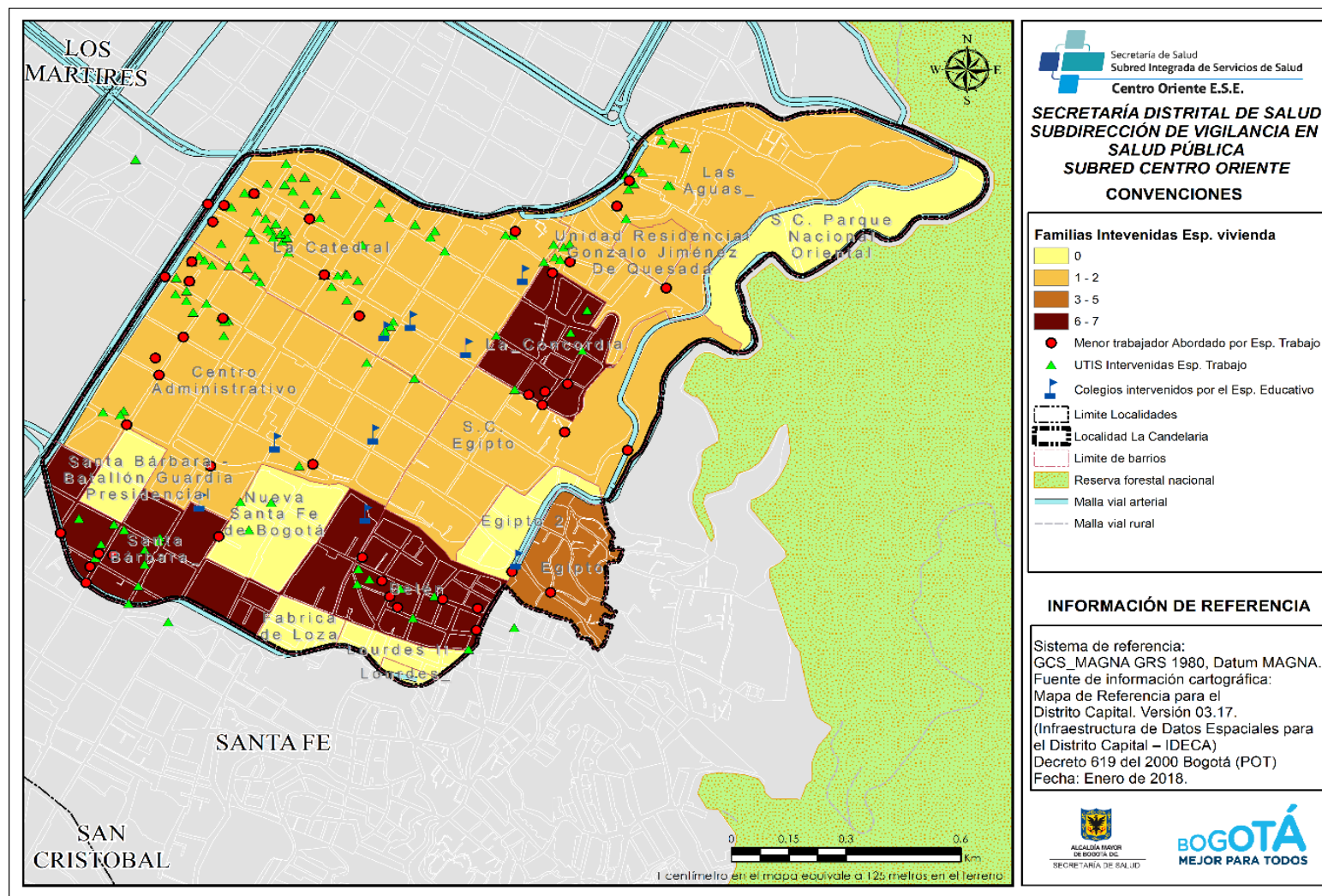
En cuanto a las visitas a población en alerta en salud oral priorizada de acuerdo al riesgo logrando suplir necesidades inmediatas donde se identificaron barreras de acceso a los servicios y gestión del riesgo a los diferentes entes de apoyo, para el producto de identificación de casos control encaminado a verificar que los pacientes asistan a control en un lapso de 6 meses para la culminación del tratamiento se evidenció en la localidad de la Candelaria 15 (PC). En cuanto al proceso de notificación de la vigilancia centinela (VC) se logró un total 86 (VC).

Síntesis cartográfica de respuesta de espacios de vida cotidiana

La ubicación del accionar de los Espacios de Vida Cotidiana de la Subred, ilustrada en el Mapa 8, muestra que la mayoría de familias caracterizadas residen en los barrios del sur de la localidad, lo que es coherente con el volumen

poblacional de esas zonas; en tanto las Unidades de Trabajo Informal – UTI – intervenidas y los niños o adolescentes trabajadores identificados se encuentran en consonancia con las actividades comerciales e institucionales localizadas a lo largo de toda la localidad. Mientras que los colegios caracterizados se ubican, fundamentalmente en el centro de la localidad.

Mapa 8. Síntesis de la respuesta institucional en salud pública Subred Centro Oriente año 2017



Fuente: Construcción propia equipo ACCVSyE local, Subred Centro Oriente ESE. Enero 2018

6. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

6.1 Diseño metodológico

En este capítulo se busca integrar la información registrada a lo largo de todo el documento con los ejercicios de articulación local de manera que dé cuenta de las prioridades identificadas y el análisis de la respuesta implementada en las localidades de influencia de la Subred Centro Oriente, toda vez que permita “definir propuestas de acción tanto sectoriales como transectoriales, teniendo en cuenta los nuevos enfoques desde la Salud Urbana, los momentos de curso de vida, las políticas nacionales, las metas definidas en el Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”, la metas del Plan Territorial de Salud y los objetivos planteados por el PDSP y su abordaje a través de las dimensiones prioritarias y transversales”(14).

Así, la construcción de este capítulo comprende varios momentos metodológicos ejecutados en algunos casos con carácter de simultaneidad y complementariedad, esto teniendo en cuenta el contexto territorial y demográfico, los determinantes y desigualdades identificadas, los desenlaces en salud de su población y la respuesta implementada en el territorio.

Un primer elemento se soporta conceptualmente en el modelo para el análisis de balances, interacciones (relaciones) y tensiones entre las dinámicas poblacionales, ambientales, sociales y económicas (BIT PASE) y el modelo de determinantes de la salud desde el enfoque del PDSP 2012-2021. La formulación de “problemáticas y propuestas” se trabajó a partir de la implementación y adaptación de la metodología PASE, aportando a la priorización y a las propuestas de acción en el marco de la gobernanza; así pues, la aplicabilidad de esta estrategia brinda las herramientas necesarias para lograr una comprensión integral del territorio, en el marco de los determinantes sociales de la salud (14).

Por lo anterior, se adelantó la identificación de situaciones tensionantes en el territorio a fin de identificar, analizar y priorizar las necesidades de mayor afectación para la población en una perspectiva de exploración analítica de

determinantes sociales en salud, logrando evidenciar las desigualdades prevalentes en salud y generar insumos que orienten la formulación de propuestas de acción a considerar desde los diferentes escenarios locales así como la gestión de estrategias, políticas y programas y el reconocimiento de las intervenciones sectoriales, encaminadas al mejoramiento del bienestar, las condiciones de calidad de vida y de salud de la comunidad local.

De otra parte, desde el nivel Distrital, pero con particularidad desde las localidades ordenadas en terciles, el análisis de desigualdades se tomó como una herramienta para monitorear el comportamiento de algunos indicadores, en este caso en los años 2011 y 2014, útil en la construcción de respuestas a las necesidades de la población.

Así, la distribución en terciles de las localidades según estratificadores sociales ICV se presenta de la siguiente manera: para el año 2011, las localidades en el tercil menos aventajado fueron San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe, en tanto para el año 2014 las localidades Santa Fe, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe. En el tercil medio para el año 2011 y 2014 se ubican las localidades Los Mártires, Antonio Nariño y La Candelaria y la localidad Santa Fe para el año 2014 pasó del tercil medio al menos aventajado.

Adicionalmente, constituye un importante insumo de análisis de situación de la población en el territorio en el contexto local, la estrategia de abordaje territorial – EAT –, ejercicio liderado por la Secretaría de Integración Social con la participación de los diferentes sectores y actores, que comprende reconocimiento territorial, identificación y concertación de unidades espaciales de intervención, además de priorización de necesidades y conflictividades sociales que también fomentan la participación ciudadana mediante el trabajo articulado de las instituciones y la comunidad. Su objetivo es fortalecer la gestión local, la convivencia, la paz y la reconciliación en el marco de la garantía de derechos y el mejoramiento de la calidad de vida de la población (15).

A fin de articular los hallazgos evidenciados en la aplicabilidad de la estrategia PASE y así poder armonizarlos y con el reconocimiento de las dinámicas territoriales como cambiantes en el tiempo, se adelantó la validación de contenidos contruidos en articulación con el componente de políticas de Gobernanza el cual comprende un análisis de la convergencia de cada uno de los nodos y sus problemáticas identificadas con las dimensiones PASE, el plan decenal de salud pública (PDSP) y los determinantes sociales asociados.

Finalmente, la información recabada y validada se presenta a continuación partiendo de cada uno de los nodos identificados, alimentados por los análisis de determinantes y de desigualdades, con su correspondiente análisis de respuesta y, a manera de síntesis final, se plantean unas líneas de recomendación las cuales apuntan al ejercicio de construcción de agenda sectorial local.

A continuación, se relacionan los eventos de mayor afectación para la población identificando las situaciones tensionantes en la localidad, para lograrlo se analizó el comportamiento de los indicadores, para así reconocer las fortalezas y las debilidades de la comunidad y así generar insumos que sitúen propuestas de acción a considerar desde los diferentes actores locales.

Tabla 76 Identificación de situaciones tensionantes, localidad de La Candelaria. Año 2016

Momento de curso de vida	Número de tensión	Evento	Magnitud del evento	Valoración final
1-Niñez-adolescencia	1	Desnutrición crónica y global	6,6 %(n=147) y 6.6 (52) %	1,0
	2	Violencia Infantil	49 casos (año 2016)	1,0
2-Juventud	3	Embarazo 15-19 años	50,3 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años	1,0

Momento de curso de vida	Número de tensión	Evento	Magnitud del evento	Valoración final
3- Adultez	4	Mortalidad por enfermedades crónicas (Diabetes, HTA)	42,91 %	1,5
4- Vejez	5	Mortalidad por enfermedades crónicas (Diabetes, HTA)	Mayores a 110 por 100.000 habitantes	1,5

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE, en articulación equipo gobernanza I. Agenda Local. Enero 2018

6.2 Nodos

Nodo 1: Condicionamientos socioeconómicos, situaciones de desplazamiento, trabajo informal, necesidades básicas insatisfechas

Curso de vida: Infancia, Adultez y Vejez

Los condicionamientos socioeconómicos, situaciones de desplazamiento, trabajo informal, necesidades básicas insatisfechas de la mayoría de la población y la calidad en la atención de los servicios de salud, prácticas alimentarias inadecuadas, los mensajes errados en los medios de comunicación afectan el cuidado integral de los niños y las niñas lo que incide en la DNT y morbilidad infantil.

De acuerdo a lo anterior, las dimensiones PASE involucradas en el presente nodo hacen referencia a la económica, comprendida en las dimensiones de seguridad alimentaria y nutricional.

El factor estructural que determina la calidad de vida en términos nutricionales es el nivel de ingresos que afecta la disponibilidad de alimentos. Otro factor que incide en la alimentación está relacionado con la calidad de dichos alimentos que se asocia a las prácticas de consumo y preparación. Allí no solo incide la disponibilidad de los mismos sino también la escogencia y tipo de preparación.

La responsabilidad de padres y cuidadores en la asistencia a controles de crecimiento y desarrollo permite dar cumplimiento a las recomendaciones

nutricionales por parte de los profesionales del área de la salud. Si no se asume este compromiso, los menores se encuentran expuestos a la profundización de problemas de salud debido a que no se realiza una identificación oportuna de condiciones de malnutrición.

Otro aspecto que agudiza la problemática está relacionado con la mala gestión de la demanda inducida desde las IPS junto a la reducción de cobertura de las acciones promocionales que permiten un aumento de la prevalencia en la desnutrición en la niñez.

Si bien la cobertura en acceso al sistema de salud es universal la brecha en la calidad del servicio es grande y juega siempre en desventaja para los hijos de las personas de menos ingresos, ya que las EPS responden al modelo de rentabilidad de la Ley 100 de 1993.

En cuanto a la prestación de servicios por parte del sector salud, la subred se encuentra inmersa en el nuevo modelo de atención RIAS, el cual permite un abordaje integral y oportuno de la desnutrición, teniendo que mejorar las estrategias de comunicación asertivas en prácticas adecuadas de alimentación en la infancia.

Por otro lado, se adelantan acciones desde los diferentes sectores como salud, ICBF, Secretaría de Integración social y educación entre otros, que buscan incidir en la mitigación de los efectos negativos; estos se consideran insuficientes en términos de cobertura y alcance para dar respuesta a la población identificada con esta problemática.

En relación al comportamiento de las desigualdades por Índice de Calidad de Vida, la localidad para los años 2011 y 2014 se observa un aumento en la prevalencia de menores de 5 años con bajo peso para la edad en un 13,3 %; mientras que el bajo peso al nacer disminuyó 6,9 % respecto al 2014 ubicándose en nivel medio con respecto a las localidades más aventajados.

Entre las condiciones socioeconómicas se encuentra la inestabilidad económica y los bajos ingresos, los cuales limitan el acceso a una alimentación de calidad y actividades de tipo recreo-deportivas que afectan directamente la población adulta. Sumado a lo anterior se observa la poca asistencia a controles médicos periódicos que permitan la detección temprana y oportuna de las enfermedades crónicas; como también la poca demanda de servicios de promoción y prevención por parte de las IPS en este curso de vida.

Como reforzador se observa que las jornadas laborales son extensas, generan estrés y no permiten que la población destine tiempo para realizar actividad física frecuentemente, factor que predispone a adquirir enfermedades crónicas.

El aumento en la presentación de la enfermedad crónica parte de la transición epidemiológica y al cambio en la dinámica demográfica de la población de la localidad de La Candelaria en la cual se observa una tendencia creciente al envejecimiento, donde la proporción de la población adulta y adulta mayor crece más rápido que la población de la base de la pirámide demográfica.

El sector salud desde el PSPIC se adelantan acciones, en los espacios de vida como lo son público y trabajo que abordan temas de autocuidado pero que no son suficientes para la demanda que hay en los territorios de la subred. Desde sectores como el IDRD, se imparten estrategias que permitan el aumento de la actividad física y hábitos alimenticios saludables las cuales son de baja cobertura y no son constantes en el tiempo.

Las implicaciones de las enfermedades crónicas en la adultez son al aumento de los años de vida perdidos por discapacidad, el deterioro de la calidad de vida y la mortalidad prematura.

En relación al comportamiento de las desigualdades por Índice de Calidad de Vida entregada desde nivel central para las tensiones del nodo 3 no se observa ninguna relación con las más o menos aventajadas para la localidad.

Se identifican las siguientes respuestas adelantadas desde el sector salud: Desde SISVAN se realiza seguimiento al comportamiento de la desnutrición y los casos presentes, se realizan investigaciones de campo dirigidas a identificar factores de riesgo, se brinda educación de manejo y se realiza activación de rutas intersectoriales y sectorial según hallazgos, estas acciones son insuficientes, puesto que no se logra llegar a todos los casos identificados.

Desde espacio vivienda en Hogares Comunitarios de Bienestar, se realiza identificación de la desnutrición, educación a los padres para su manejo y activación de rutas, acciones insuficientes no cubren todos los hogares y hay baja corresponsabilidad por parte de los padres en la asistencia a capacitaciones.

Desde Programas se realiza asesoría en el protocolo de manejo de la desnutrición aguda moderada y severa, seguimiento a casos con desnutrición.

En torno al análisis del presente nodo se identifica la necesidad de fortalecer la estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC) a nivel sectorial e intersectorial. Se pretende realizar una cualificación del personal de salud del sector de bienestar familiar y bienestar social quienes realizan labores directas con la población. El fortalecimiento en capacidades y competencias para la educación alimentaria se dirigirá a personal de salud tanto del POS como del PIC. El proceso de cualificación permitirá fortalecer en salud y nutrición de la niñez, pautas de cuidado y hábitos alimentarios los siguientes programas:

- Consultas resolutivas, visitas a familias y acciones con madres comunitarias y padres de hogares comunitarios, adultos y personas mayores desde el espacio vivienda
- Programas e investigaciones epidemiológicas de campo de vigilancia epidemiológica, en prácticas de consumo de alimentación saludable a bajo costo para el menor de un año y de 1 a 5 años, personas adultas y personas mayores

- Promoción y educación sobre la creación de huertas caseras como medio de autoconsumo e importancia de la asistencia a los programas de promoción y detección de alteraciones.
- la promoción, prevención, detección oportuna y tratamiento en las enfermedades nutricionales y crónicas no transmisibles para el curso de vida vejez.

Lo anterior, acompañado de piezas comunicativas para la población que permitan reforzar los conocimientos y contar con información específica de acceso a programas y puntos de atención.

Nodo 2 Débiles redes familiares y vínculos afectivos, falta de comunicación, disfuncionalidad familiar, falta de proyectos de vida, inadecuado uso del tiempo libre y mal uso de los métodos anticonceptivos

Curso de vida: Infancia, Adolescencia y Juventud

Débiles redes familiares, vínculos afectivos, falta de comunicación, disfuncionalidad familiar, proyecto de vida, inadecuado uso del tiempo libre y mal uso de los métodos anticonceptivos, conllevan a que cada día se aumenten los casos de embarazos en adolescentes, violencia, consumo de spa y abandono a la persona mayor. Falta de proyecto de vida, redes de apoyo y pautas de crianza.

De acuerdo a lo anterior, las dimensiones PASE involucradas en el presente nodo hacen referencia a la social, comprendida en las dimensiones de Convivencia social y salud mental.

La normalización cultural de acciones violentas que suele afectar en mayor medida a niños, niñas y adolescentes, así como a mujeres, se puede asociar con la ausencia de herramientas pedagógicas en los padres y cuidadores quienes reproducen las prácticas de crianza y reafianzan patrones culturales. El cambio generacional requiere de nuevos mecanismos que se promueven mediante la educación y desnormalización.

Como consecuencia de la normalización de acciones violentas en la cotidianidad familiar se generan efectos sobre la salud mental de los integrantes de las familias, esto influye en los comportamientos aprehendidos por los niños, niñas y adolescentes quienes adicionalmente encuentran en su entorno colectivo el tráfico y consumo de SPA.

Las redes de apoyo frágiles o inexistentes para adolescentes y jóvenes en contexto de fallas de comunicación con padres y cuidadores, la conformación débil de proyecto de vida que se da en medio de la presión de pares y ante la falta de programas y de cobertura de promoción y prevención en salud mental junto con la baja continuidad de los programas de utilización del tiempo libre, en un contexto de normalización del consumo de psicoactivas lícitas configuran problemáticas psicosociales del entorno social y familiar que da lugar al incremento de consumo de SPA en los jóvenes. Así mismo, se reconocen el tabaco y el alcohol como la sustancia de inicio en adolescentes y jóvenes; esta situación se corresponde con reportes frecuentes en las instituciones educativas de la localidad.

Como factor reforzador se tiene el consumo normalizado de sustancias legales e ilegales en las familias y presencia estatal precaria o sectorizada que se manifiesta en la falta de control de los espacios públicos donde se genera el tráfico y consumo de SPA.

Si bien se identifican respuestas pertinentes del sector salud como la estrategia CEMAI también se hace evidente la necesidad de mejora en lo referente a la continuidad y la cobertura, así como la difusión de alternativas de ocupación del tiempo libre, fortalecimiento de las acciones institucionales de intervención al consumo en sus diferentes estadios y la estructuración de programas y acciones que involucren los distintos sectores, en condiciones de continuidad y participación para los jóvenes, también se debe incluir al sector educativo distrital y nacional para que se vean como incorporar planes de formación técnica y superior de carácter público en la localidad.

En relación al comportamiento de las desigualdades por Índice de Calidad de Vida, la localidad para los años 2011 y 2014 se observa un aumento en las violencias intrafamiliar y sexual, maltrato infantil, ideación e intento suicida y suicidio consumado ubicándose en nivel medio con respecto a las localidades más aventajados.

La diferencia en la reducción de la variación de los terciles entre las menos y más aventajadas en promedio es de 4,7 para todos los eventos de salud mental.

Las acciones de respuesta identificadas corresponden a los programas: intervención SIVIM, SISVECOS, AIEPI Comunitario. Acciones sobre pautas de crianza, en espacio trabajo y educativo. Desde el PIC se realiza en el espacio educativo el componente amarte y círculos conversacionales, desde el espacio público se encuentran los servicios de acogida y los grupos de iniciativa.

Como resultado del proceso analítico en torno a este nodo se han identificado propuestas de acciones de respuesta que persiguen impactar desde un enfoque educativo que aborde distintos ámbitos. El primero a través de medios de comunicación con campañas dirigidas a toda la sociedad que contrarresten la normalización de comportamientos negativos hacia la niñez y la juventud. El segundo se enfoca en la formación parental que permita dar habilidades de crianza y supervisión de niños, niñas y adolescentes. Por último, jornadas dirigidas a jóvenes para la prevención de la maternidad y paternidad tempranas desde la generación de un proyecto de vida, autoestima, autocontrol en los diferentes espacios del desarrollo humano. Como apoyo a lo anterior, se piensa en el diseño de piezas educativas útiles en la difusión y promoción del buen trato y prevención de distintas violencias.

Cabe resaltar que desde el Concejo del Buen Trato se vienen adelantando acciones educativas intersectoriales y a su vez desde la política de Etnias se adelantan acciones con población indígena de la localidad. Sin embargo, el enfoque educativo requiere fortalecimiento y continuidad para percibir un impacto a largo plazo.

Nodo 3: La carencia de hábitos saludables, la malnutrición, la falta de ejercicio, el estrés, la inadecuada adherencia a los tratamientos, la inestabilidad económica

Curso de vida: Adultez y vejez

La carencia de hábitos saludables adecuados, la malnutrición por exceso o por déficit, la falta de ejercicio, el estrés, la inadecuada adherencia a los tratamientos, la inestabilidad económica, el consumo de tabaco, SPA y alcohol han generado prácticas débiles de autocuidado, asociadas a los estilos de vida que permiten que se desarrollen condiciones crónicas (Diabetes, Cáncer y HTA) y enfermedades transmisibles (TBC, VIH), las cuales han venido en aumento progresivo en la población adulta, y en la persona mayor.

De acuerdo a lo anterior, las dimensiones PASE involucradas en el presente nodo hacen referencia a la social, comprendida en las dimensiones de Vida saludable y condiciones no transmisibles

Las acciones de respuesta que corresponden identificadas están concentradas en mayor medida en las acciones de espacio público como: Iniciativa para diagnóstico de crónicos salud oral, cuídate se feliz (tamizaje), Jornadas itinerantes y Jornadas distritales, grupos de iniciativa de vejez y de crónicos, cuídate sé feliz.

La promoción de hábitos y estilos saludables se identifica como el enfoque más acorde a la problemática identificada para los cursos de vida adultez y vejez. Se propone como respuesta la realización de jornadas masivas que promuevan en espacios públicos la actividad física y la integración familiar. Así mismo acciones educativas y comunicativas novedosas al interior de las sedes de atención. Por su parte, desde el espacio de trabajo, orientar frente a hábitos saludables y riesgos de presentar enfermedades crónicas. Ya en términos de atención en salud se contempla la necesidad de promover la atención prioritaria del paciente adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles.

7 Recomendaciones

Para las vigencias posteriores se recomienda incluir dentro de las tensiones y los determinantes de los nodos anteriormente trabajados las siguientes temáticas:

De la misma manera se debe fortalecer las capacidades de las familias para la elección y preparación de alimentos saludables, por medio del fortalecimiento de las actividades de información, educación y comunicación (IEC) que se impartan a nivel sectorial e intersectorial para el manejo de las prácticas que benefician la salud y nutrición de la población infantil, adulta y personas mayores.

Por lo tanto, se deben generar cambios en conocimientos y prácticas que benefician la salud y nutrición de la población infantil, cualificando al personal de salud y de los sectores de bienestar familiar y bienestar social encargados de brindar educación nutricional, que incluya pautas de cuidado y hábitos alimentarios unificados a través de estrategias pedagógicas adecuadas de acuerdo a las características de la población multicultural.

Por otra parte, se debe mejorar la atención integral desde el sector salud dirigida a los niños, niñas, adultos y personas mayores que incluya la promoción, prevención, detección oportuna y tratamiento en las enfermedades nutricionales y crónicas no transmisibles, mediante articulación y divulgación de las rutas de atención relacionadas del sector salud y los demás sectores.

Por lo tanto, se deben fortalecer las redes de apoyo de los niños, niñas, adolescentes que son víctimas de violencias por medio de la consolidación de acciones desarrolladas desde los espacios de educación, vivienda, espacio público.

Así mismo para disminuir la prevalencia de violencias en niños, niñas y adolescentes, se debe trabajar en el fortalecimiento y promoción de acciones educativas sectoriales e intersectoriales que promuevan el vínculo familiar, pautas de crianza, buen trato y factores protectores al interior de las familias.

Por otra parte, se debe fortalecer las jornadas amigables en educación para jóvenes y adolescentes en temas relacionados con el proyecto de vida y relaciones interpersonales en articulación con el DILE, Fundaciones privadas y SDIS.

Por lo tanto se deben fortalecer las acciones de promoción de hábitos y estilos de vida saludables (fomento de la práctica de actividad física, disminución del consumo de SPA: alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas, adherencia a tratamientos y recomendaciones médicas) para los cursos de vida de adultez y vejez, organizadas entre IDRD, SCRD y la SDIS donde se desarrollen actividades grupales que permitan incidir positivamente en la calidad de vida y apropiación del entorno de la comunidad residente en la localidad Candelaria en escenarios locales e institucionales.

El Trabajo informal ya que aumenta las complicaciones de los eventos de base, además de acrecentar la pobreza de esta localidad por la inestabilidad económica de la población adultez y vejez.

Teniendo en cuenta que las acciones educativas son la base de las propuestas identificadas se recomienda la elaboración de una estrategia de IEC que contemple las particularidades de la población a quien van dirigidas dichas acciones. Esto es, por grupo poblacional, curso de vida, ámbito de difusión.

Teniendo en cuenta que se espera realizar un proceso de cualificación al personal de salud, se hace necesario que haya una continuidad del personal.

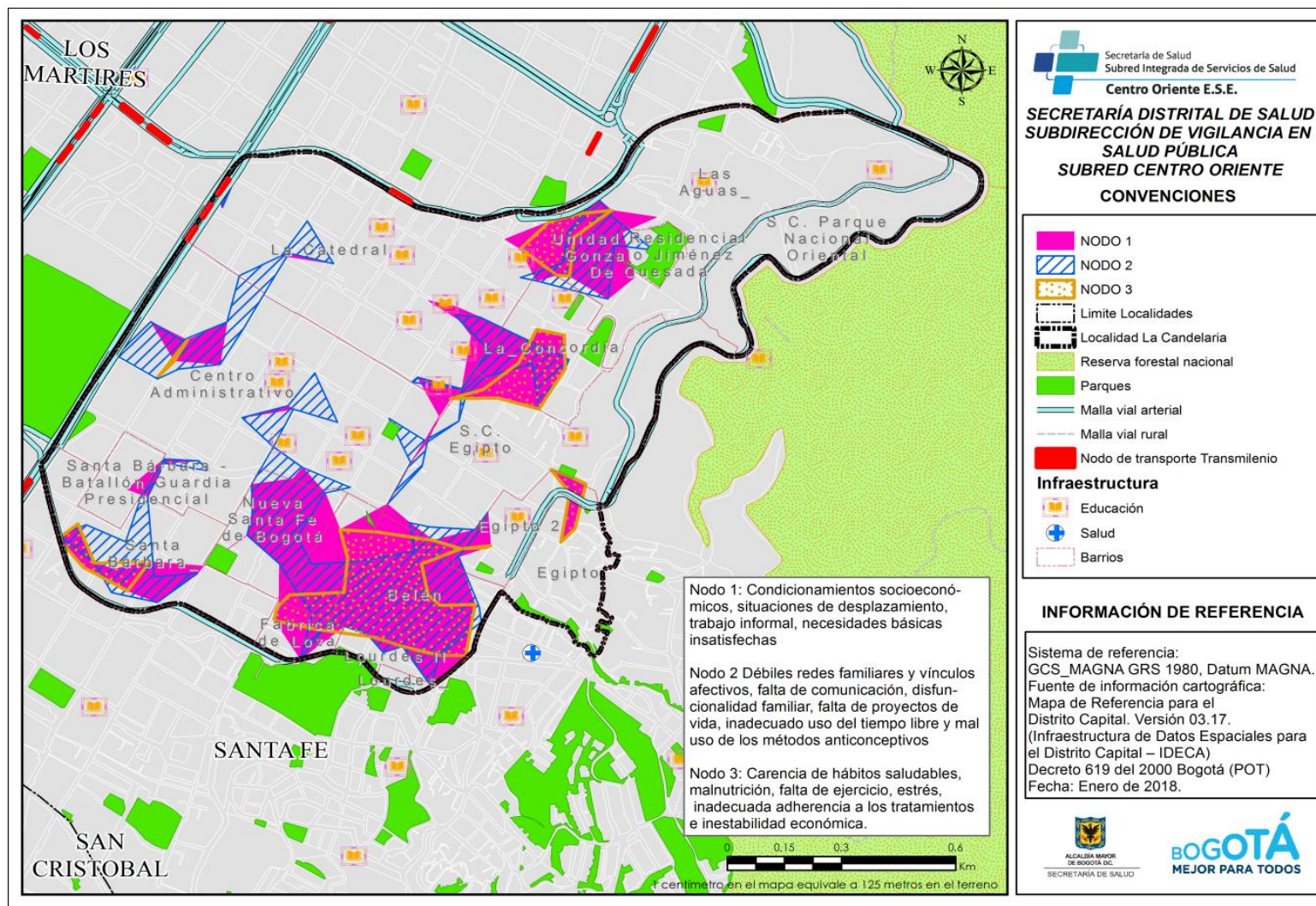
Desarrollar actividades educativas para fortalecer el vínculo familiar en cuanto a las pautas de crianza, buen trato y factores protectores en el interior de la familia.

El mapa 5 muestra una breve como se manifiestan en el espacio las situaciones de interés que se relacionan en su mayoría con las dimensiones del Plan decenal, convivencia social y salud mental, y vida saludable y condiciones no transmisibles.

Las condiciones identificadas más recurrentes en el territorio son las problemáticas relacionadas con mala nutrición en los niños y niñas menores de 5

años, aumentando la presencia de enfermedades transmisibles, consumo de SPA, seguidas de condiciones que inciden para que se dé el embarazo en mujeres adolescentes, y problemas en la salud mental. Los cursos de vida más afectados son el de niñez, el de adolescencia y el de vejez; en el mapa se puede apreciar que los barrios en donde más convergen todas las problemáticas abordados en este capítulo corresponden a los barrios Nueva Santa Fe, Belén, La concordia y Unidad Residencial Gonzalo Jiménez de Quesada, todos estos ubicados al oriente de la localidad.

Mapa 10. Condiciones de vida identificadas, Localidad de La Candelaria



Fuente: Construcción propia equipo ACCVSyE local, Subred Centro Oriente ESE. Enero 2018

Referencias bibliográficas

1. Gloria Molina Marín- Gustavo Alonso Cabrera Arana, agosto de 2008, Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. Grupo de investigación en gestión y políticas en salud. Facultad nacional de salud pública. Héctor Abad Gómez. Universidad de Antioquia.
2. Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. 21 monografías de las localidades, Distrito Capital 2011.
3. Bogotá. Secretaría Distrital de Gobierno. Plan Ambiental Local 2013 – 2016
4. Bogotá. Secretaría Distrital de Ambiente. Agenda ambiental de la localidad de La Candelaria.
5. Observatorio Ambiental de Bogotá. Indicadores de espacio público en Bogotá
6. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1504 de 1998, por el cual se reglamenta el manejo del espacio público en los planes de ordenamiento territorial. Diario Oficial, 43357 (ago. 6 1998).
7. Instituto de Desarrollo Urbano.
8. Universidad de los Andes, & Cámara de Comercio de Bogotá. Reporte anual de movilidad 2014.
9. Instituto de Desarrollo Urbano.
10. Alcaldía Mayor de Bogotá, Encuesta Multipropósito 2014 Principales resultados en Bogotá y la Región, Boletín 65, Bogotá D.C, Secretaría Distrital de Planeación 2015.
11. DANE. Boletín Censo general 2005. Perfil Localidad de La Candelaria. Bogotá.
12. Colombia, Constitución Política de Colombia, Capítulo 2: Delos derechos sociales, económicos y culturales, Artículo 7 y 13
13. Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica de espacios de vida cotidiana. Bogotá, 2017
14. Colombia, Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Gobernanza para la Salud y Calidad de Vida.

Componente 2: Generación de conocimiento sobre las relaciones entre condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad. Guía para la Elaboración del Documento ACCVSyE. Versión2. Bogotá 2017

15. Colombia. Concejo de Bogotá. Acuerdo 645 de 2016, por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. 2016 – 2020 “Bogotá Mejor Para Todos”. Bogotá: El Concejo; (junio 9 de 2016).