



Diagnóstico Local con Participación Social

La Candelaria 2014





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Centro Oriente

CRÉDITOS

NIVEL DISTRITAL

Alcalde Mayor de Bogotá, D.C.
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretario de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E. II NIVEL

Gerente (E)
Luis Fernando Pineda Ávila

Subgerente de Servicios de Salud (E)
Victoria Eugenia Sanín Márquez

Coordinadora PIC
Luz Gelys Palacio Jiménez

Referente de Vigilancia Epidemiológica
Luz Stella Rey Benito

Análisis de Situación de Salud y Gestión del Conocimiento (ASIS)
Diego Gustavo Castillo Ortiz, Milena Giraldo Patiño - Epidemiólogos
Yirley Carrera Sotelo - Profesional Social
Bayron Quintero Mallungo - Geógrafo

Coautores
Equipo Técnico de Gestión Intersectorial y Comunitaria



TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN	10
2 OBJETIVOS	10
2.1 GENERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 MARCO CONCEPTUAL	11
4 MARCO METODOLÓGICO	15
5 CAPÍTULO 1. RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD	18
5.1 CONTEXTO TERRITORIAL	18
5.1.1 Localización	18
5.1.2 Historia reciente del asentamiento	20
5.1.3 Características físicas del territorio	21
5.1.4 Accesibilidad geográfica	25
5.2 CONTEXTO DEMOGRÁFICO	28
5.2.1 Tamaño y Volumen	28
5.2.2 Estructura Poblacional	29
5.2.3 Dinámica poblacional	32
5.2.4. Movilidad	33
5.3 CONTEXTO SOCIOECONÓMICO	35
5.3.1 Necesidades Básicas Insatisfechas	35
5.3.2 Coeficiente de Gini	35
5.3.3 Índice de Condiciones de Vida	35
5.3.4 Nivel de ingresos	36
5.3.5 Cobertura educativa	37
5.3.6 Servicios públicos	38
5.3.7 Condiciones de la vivienda	38
5.3. 8 Sistema de salud	39
5.3.9 Tasa de ocupación y desempleo	39
5.3.10 Pobreza monetaria	40



6. CAPÍTULO 2. ANALISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS	43
6.1 MORTALIDAD	43
6.1.1 Mortalidad general	43
6.1.2 Mortalidades evitables	46
6.1.3 Prioridades de mortalidad	51
6.2 MORBILIDAD	53
6.2.1 Morbilidad atendida.....	53
6.2.1.1 Morbilidad atendida por etapa de ciclo vital.	54
6.2.2 Eventos de alto costo.....	58
6.2.2.1 ERC	58
6.2.2.2 VIH.....	58
6.2.3 Eventos precursores.	58
6.2.3.1 Hipertensión Arterial	58
6.2.3.2 Diabetes Mellitus.....	58
6.2.4 Eventos de notificación obligatoria	58
6.2.5 Prioridades de morbilidad	61
6.3 DISCAPACIDAD	62
6.4 EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA.....	66
6.5 INDICADORES POR DIMNESIONES PRIORITARIAS.....	67
6.5.1 Salud ambiental	68
6.5.2 Convivencia social y salud mental	69
6.5.3 Seguridad alimentaria y nutricional	69
6.5.4 Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	70
6.5.5 Vida saludable y enfermedades transmisibles	71
6.5.7 Vida saludable y condiciones no transmisibles	72
6.5.8 Salud y ámbito laboral	72
6.5.9 Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	73
7. CAPÍTULO 3. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD	73
7.1. TENSIONES POR ETAPA DE CICLO VITAL	75
7.1.1 Etapa de ciclo vital infancia.....	75
7.1.2. Etapas de ciclo vital adolescencia y juventud	78



7.1.3. Etapa de ciclo vital adultez	80
7.1.4. Etapa de ciclo vital vejez.....	83
7.2 VALORACIÓN Y VALIDACIÓN DE TENSIONES EN SALUD	85
7.2.1. Análisis de los generadores de las tensiones en salud frente a las dimensiones PASE	86
ANEXOS.....	89
BIBLIOGRAFÍA.....	107

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fuentes de información empleadas.....	15
Figura 2. Dimensiones prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021	16
Figura 3. Estado de la malla vial por tipo de vía, localidad La Candelaria, 2014 ...	25
Figura 4. Población de la localidad La Candelaria entre los años 2010 y 2014.....	28
Figura 5. Pirámide poblacional comparativa, localidad La Candelaria, años 2005,2010, 2014	31
Figura 6. Distribución de la población por etapa de ciclo vital en porcentaje, localidad La Candelaria, 2014	31
Figura 7. Víctimas del conflicto armado por grupo etario, localidad La Candelaria, 2013.....	34
Figura 8. Necesidades Básicas Insatisfechas de los hogares en la localidad La Candelaria 2014.....	35
Figura 9. Índice de condiciones de vida de la población de La Candelaria, 2014..	36
Figura 10. Gatos promedio de los hogares en servicios públicos, localidad La Candelaria, 2011 y 2014.....	37
Figura 11. Comparativo porcentual, mortalidades 2011 y 2012, localidad La Candelaria	43
Figura 12. Casos de mortalidad según régimen de afiliación, localidad La Candelaria, 2012.....	46
Figura 13. Tasa de mortalidad perinatal, comparativo distrital y local. Años 2010 al 2014.....	47
Figura 14. Tasa de mortalidad infantil, comparativo distrital y local. Años 2010 al 2014.....	48
Figura 15. Morbilidad atendida según agrupación de causas, localidad La Candelaria, 2014.....	53
Figura 16. Porcentaje de atenciones por tipo de consulta, localidad La Candelaria, 2014.....	54
Figura 17. Atenciones en la infancia según causas, localidad La Candelaria, 2014	55



Figura 18. Atenciones en la adolescencia según causas, localidad La Candelaria, 2014.....	55
Figura 19. Atenciones en la población joven según causas, localidad La Candelaria, 2014.....	56
Figura 20. Atenciones en la adultez, según causas, localidad La Candelaria, 2014	57
Figura 21. Atenciones en persona mayor, según causas. La Candelaria 2014	57
Figura 22. Personas con discapacidad por etapa de ciclo vital, localidad La Candelaria, 2014.....	62
Figura 23. Alteraciones de la población con discapacidad, localidad La Candelaria. 2014.....	63
Figura 24. Dificultades de la población con discapacidad, localidad La Candelaria, 2014.....	64

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Participación de la población por rango de edad y género, localidad La Candelaria, 2014.....	29
Tabla 2. Cupos oficiales ofertados por nivel de escolaridad, La Candelaria, 2013	37
Tabla 3. Tasa de cobertura bruta global por nivel educativo, La Candelaria, 2013	38
Tabla 4. Tasa de ocupación por grupos de edad, localidad La Candelaria, 2007 .	39
Tabla 5. Primeras causas de mortalidad general, distribución por grupos de edad. Localidad La Candelaria. 2012	44
Tabla 6. Causas de mortalidad clasificadas por género, localidad La Candelaria, 2012.....	45
Tabla 7. Listado de prioridades de mortalidad, localidad La Candelaria	52
Tabla 8. Casos de notificación obligatoria al SIVIGILA, localidad La Candelaria, 2014.....	59
Tabla 9 Listado de prioridades de morbilidad, localidad La Candelaria	61

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. División político-administrativa y límites de la localidad La Candelaria.....	19
Mapa 2. Relieve, hidrografía y amenazas, localidad La Candelaria	24
Mapa 3. Vías de comunicación, localidad La Candelaria.....	26
Mapa 4. Identificación de zonas críticas, localidad La Candelaria	42



LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Tiempo de viaje en minutos para Bogotá, 2011	89
Anexo 2. Distancia promedio recorrida por motivo y localidad, 2005.....	89
Anexo 3. Matriz de reconocimiento de las condiciones básicas de salud, localidad La Candelaria.....	90
Anexo 4. Eventos de interés en salud pública, localidad La Candelaria, 2010-2014	91
Anexo 5. Implicaciones de las dimensiones PASE en las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021, localidad La Candelaria	99
Anexo 6. Matriz de identificación y valoración de tensiones en salud, localidad La Candelaria	106



LISTA DE SIGLAS

- ASIS:** Análisis de Situación de Salud
- COVECOM:** Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria
- DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística
- EDA:** Enfermedad Diarreica Aguda
- AIEPI:** Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
- ERA:** Enfermedad Respiratoria Aguda
- ERC:** Enfermedad Renal Crónica
- ERI:** Equipo de Respuesta Inicial
- ESE:** Empresa Social del Estado
- ETA:** Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua
- IDECA:** Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital
- IDIGER:** Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático
- IDU:** Instituto de Desarrollo Urbano
- IRA:** Infección Respiratoria Aguda
- IRAG:** Infección Respiratoria Aguda Grave
- LGBTI:** Lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales
- MSNM:** Metros sobre el nivel del mar
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- PASE:** Población, Ambiente, Sociedad y Economía
- PDSP:** Plan Decenal de Salud Pública
- RIPS:** Registro Individual de Prestación de Servicios
- SDIS:** Secretaría Distrital de Integración Social
- SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- SIVIGILA:** Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
- SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud
- SPA:** Sustancias Psicoactivas



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Centro Oriente

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

UPZ: Unidad de Planeamiento Zonal

PRELIMINAR



1 INTRODUCCIÓN

El Diagnóstico Local con Participación Social es un documento de análisis que permite abordar la situación social y de salud de los diferentes grupos poblacionales presentes en la localidad, a través de los determinantes sociales de salud y los enfoques de derechos, diferencial y poblacional; en el marco de las dimensiones prioritarias establecidas en el PDSP 2012 – 2021.

En este sentido, sintetiza el conocimiento sobre la situación actual de salud en las diferentes escalas del territorio, razón por la que permite el planteamiento de propuestas de respuesta en el escenario local, en busca de la reducción de la inequidad en salud y, adicionalmente, debe orientar la toma de decisiones en este sentido a partir de la integración y conjugación de las potencialidades de los actores presentes en el escenario local.

Así, la presente elaboración se estructura en tres capítulos que dan cuenta del proceso de construcción del diagnóstico local a la fecha: el capítulo uno se centra en la problematización y análisis de la situación de salud y calidad de vida de la población local, mediante una aproximación a los contextos territorial, demográfico y socioeconómico con lo que se busca dimensionar la manera en que se ha establecido la relación entre la población, el territorio, el ambiente y la sociedad; a la luz de los determinantes sociales de la salud; en el capítulo dos se profundiza el análisis de las problemáticas identificadas que afectan la población local por cada dimensión prioritaria; y el capítulo tres recoge los hallazgos realizados previamente, los cuales son la base angular de la identificación, valoración y validación de las tensiones en salud.

2 OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Explicar la situación de salud y calidad de vida de la población de la localidad La Candelaria para el año 2014, incluyendo el análisis de las inequidades con el modelo conceptual de determinantes sociales de la salud, apropiando las percepciones de la población en la identificación y priorización de las problemáticas en salud.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

➤ Problematizar la situación de salud y calidad de vida de la población local desde los enfoques cuantitativo, cualitativo y espacial, que permita la identificación de sus principales necesidades, problemáticas y potencialidades, interpretando los hallazgos mediante el análisis de determinantes sociales de la salud.



- Analizar en profundidad la situación de salud y calidad de vida de la población local por cada una de las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021, desde el enfoque de determinantes de la salud.
- Identificar y valorar las tensiones en salud en el marco de las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021, con relación a las necesidades y problemáticas que afectan la calidad de vida de la población local.

3 MARCO CONCEPTUAL

Dentro del ejercicio de análisis de la situación de salud de los diferentes grupos poblacionales es importante identificar los conceptos que contribuyen a dimensionar la relación que se establece entre la población y el territorio, entendiendo que las dinámicas sociales, culturales, políticas, económicas, entre otras, influyen en el proceso de salud–enfermedad y en la calidad de vida de la población local.

Desde el Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”, se ha indicado la importancia del abordaje poblacional aplicando diferentes enfoques para el ejercicio de identificación e intervención de las prioridades sociales y de salud. De esta manera, el Diagnóstico Local con Participación Social de La Candelaria se fundamenta en los enfoques de derechos, territorial-poblacional y diferencial, razón por la cual a continuación se hace una exploración teórica de cada uno de ellos.

El enfoque poblacional y territorial permite identificar la relación existente entre los individuos y las diferentes dinámicas que se desarrollan en torno al territorio y que pueden generar patrones positivos o negativos en la población. Por lo anterior, este enfoque “[...] es una orientación de análisis y de intervención, que reconoce al ser humano individual y colectivo desde su integralidad en la interrelación territorio-población, visibilizando potencialidades o limitaciones del territorio que le imprime características propias a los diferentes grupos poblacionales, los transforma y le permite generar o no condiciones de vida para aportar a los procesos de desarrollo integral de las personas y las comunidades” (1).

Por su parte, el enfoque de derechos promueve la capacidad de los sujetos para reivindicar sus derechos y subraya la obligación del Estado para cumplirlos a través de acciones dirigidas a su promoción, protección, garantía y restitución.

Entretanto, el enfoque diferencial es el esfuerzo para tomar en cuenta las necesidades particulares de una población en la provisión de la asistencia humanitaria igual que en otros tipos de acción humanitaria.

Ahora bien, este abordaje, adicionalmente, reconoce y comprende que la salud y el bienestar de los individuos y de los grupos poblacionales están relacionados directamente con las circunstancias en que nacen, crecen, viven, trabajan y



envejecen, dependiendo de la distribución de las riquezas de un país y de la manera en que se acceda a éstas en los contextos nacional y local, lo que a su vez está directamente relacionado con las políticas adoptadas por el Estado; es decir, existen determinantes sociales que la afectan positiva o negativamente.

Es así como el modelo de los determinantes sociales de la salud permite la identificación de factores que afectan o no la salud de la población, los cuales operan en tres niveles de análisis que se encuentran interrelacionados, pero que conservan sus particularidades; a saber:

Determinantes estructurales que se expresan como aquellas condiciones presentes en los territorios sobre las cuales tanto los individuos como las colectividades y las instituciones locales tienen escasa o ninguna capacidad de control o transformación en el corto y mediano plazo, bien sea porque dependen de las estructuras y dinámicas macro de mayor jerarquía; porque no tienen competencias para transformarlos; porque su capacidad de respuesta es escasa o nula frente a tales condiciones o porque están fuera de su control directo (2).

Del mismo modo, los determinantes intermediarios son aquellas condiciones y situaciones presentes en el territorio, que afectan la calidad de vida y el estado de salud, ante las cuales los individuos, los colectivos y las instituciones tienen alguna capacidad de respuesta y control en el mediano y corto plazo. Estos determinantes hacen referencia a la forma como los determinantes estructurales se expresan en el plano local y en las circunstancias materiales de la vida (2).

En esta medida, la lectura que se haga de los determinantes sociales de la salud va a variar de acuerdo con la dimensión desde la que se plantee su revisión, la cual no necesariamente es excluyente sino que, al contrario, implica abordar interrelaciones y/o causalidades. Por un lado, se reconoce que “La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud” (3)

No obstante lo anterior, el estado de la esfera ambiental responde a la manera en que se han dado las relaciones entre la población y el territorio a lo largo del tiempo, lo cual obedece, a su vez, a los contextos político y económico determinados sobre los que se ha planteado el desarrollo.

Desde la dimensión política, se reconoce que Colombia es un Estado social de derecho, cuya historia reciente se ha caracterizado por la implementación y reforzamiento de un sistema de carácter neoliberal, donde se aplican una serie de reformas que pretenden evitar rezagos en los procesos de acoplamiento al mundo globalizado, sin embargo, los problemas aparecen al descubrirse que no todos los países tienen capacidad para competir de igual manera en este contexto internacional, de la misma manera en que las jerarquías están ampliamente marcadas (4).



Aunado a ello, es importante indicar que las implicaciones de este modelo están estrechamente vinculadas con la economía de la nación y la manera en que ésta se maneja. En este sentido, para el caso colombiano “[...] se permite que parte minoritaria de los bienes del capital sean de propiedad pública y que en el proceso de toma de decisiones el Estado desempeñe un papel activo” (5). Pese a ello, los problemas socialmente relevantes generan demandas mayores a los ingresos del Estado, con los consecuentes problemas que ello representa, relacionados sobre todo con el limitado acceso o el acceso inequitativo a los bienes y servicios, y con la garantía de derechos; todo lo cual genera situaciones problemáticas que afectan la calidad de vida y salud de la población.

De manera transversal a esta dinámica se encuentra la dimensión social, dado que comprende todas las pautas de regulación y control con las cuales los individuos y las instituciones orientan su acción y regulan su libertad. En esta medida, se han identificado cuatro grandes elementos que constituyen y determinan los modos y estilos de vida: a) los valores, creencias, saberes y prácticas que hacen parte de la tradición y la cultura; b) las instituciones formalmente establecidas, el Estado, estructuras de poder y autoridad, así como el ejercicio del control de la fuerza y de la justicia; c) los sistemas de conocimiento, ciencia y tecnología; y d) la organización económica (2). Entre ellos existe una fuerte interrelación por lo que el cambio en alguno de estos componentes puede ocasionar desequilibrios en otro y, de esta manera, poner en riesgo la cohesión del colectivo poblacional.

Debido a la estrecha interdependencia que existe entre las cuatro dimensiones del desarrollo referidas, el abordaje de la salud exige la comprensión de las dinámicas económicas y las relaciones de interdependencia que guardan con la salud y otras dimensiones, así como la búsqueda de relaciones armónicas y equilibradas entre ellas, para que cada territorio y su población puedan alcanzar condiciones de vida acordes con su dignidad humana y disfrutar de una vida larga y saludable. De esta manera, cuando se presentan “[...] presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo, que actúan en diferentes direcciones, [se genera] cierto grado de estrés gracias al cual se mantienen o transforman las dinámicas demográficas, ambientales, sociales y/o económicas” (2), es decir, en este momento se habla de tensiones. Para el nivel particular, serán abordadas aquellas tensiones que causan efectos o tienen implicaciones en el estado de salud y las condiciones para la vida de la población, lo que pone en riesgo el equilibrio del sistema territorial.

En el plano nacional, el país ha adoptado este modelo de las dimensiones de desarrollo como parte de la hoja de ruta definida para la salud en el PDSP 2012-2021, estructurado en diez dimensiones prioritarias que “[...] representan aspectos fundamentales deseables de lograr para la salud y el bienestar de todo individuo, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otro aspecto diferencial” (6). A partir de esta convergencia surge la estrategia PASE a la Equidad en Salud, donde “[...] una tensión en salud puede emerger de cualquier



dimensión del desarrollo y generar efectos en cualquiera de las dimensiones prioritarias para la vida establecidas en el PDSP, a su vez, situaciones presentes en cualquiera de las diez dimensiones del PDSP pueden generar implicaciones en una o varias dimensiones del desarrollo [...]” (2).

Es así como las modificaciones en alguno(s) de las dimensiones del desarrollo y/o en alguna(s) de las dimensiones prioritarias pueden generar o acentuar vulnerabilidades que afectan la calidad de vida y salud de los grupos humanos en las diferentes escalas del territorio. En concordancia con ello, “la vulnerabilidad social es el resultado de los impactos provocados por el patrón de desarrollo vigente pero también expresa la incapacidad de los grupos más débiles de la sociedad para enfrentarlos, neutralizarlos u obtener beneficios de ellos” (7). Frecuentemente se identifica la condición de pobreza de la gente con vulnerabilidad, no obstante, la inseguridad e indefensión que caracterizan a ésta no son necesariamente atribuibles a la insuficiencia de ingresos, propia a la pobreza.

Así pues, las condiciones de pobreza alteran las condiciones de vida y bienestar de la población contribuyendo a procesos de segregación y exclusión, debido a su situación económica, social y su débil aporte a la economía del Estado, con la subsecuente inequidad en el acceso a los servicios sociales y de salud. Principalmente; “la vulnerabilidad se torna manifiesta cuando se constatan las inequidades entre los servicios privados, asociados a la nueva institucionalidad con seguros de alto costo, que atienden a los sectores de altos ingresos, y seguros tradicionales, de carácter público, que ofrecen menor grado de protección para los sectores de bajos ingresos”(7).

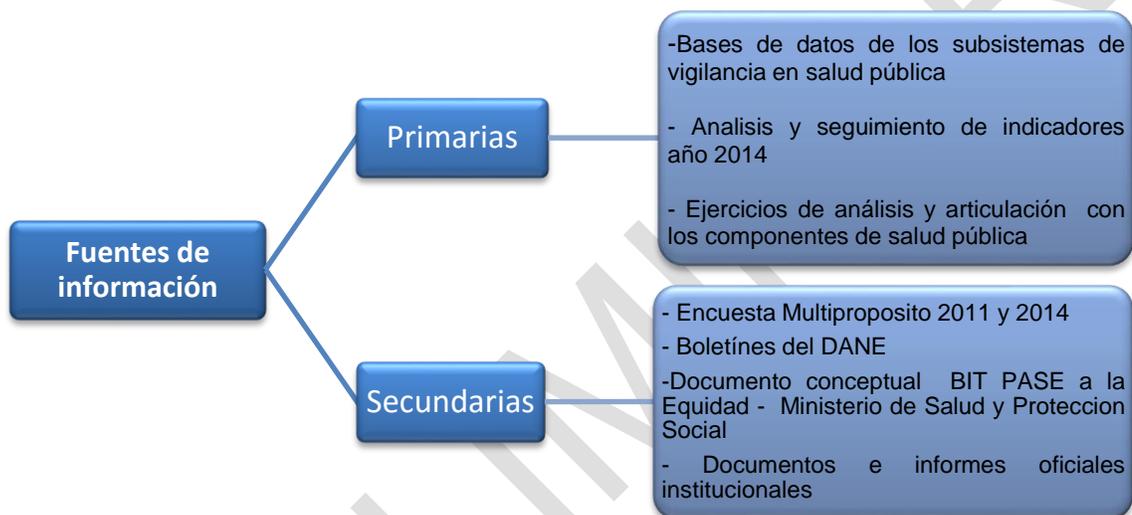
Teniendo en cuenta lo mencionado, la actual situación socioeconómica y política que se acentúa en el país genera la necesidad de conocer aquellas situaciones y agentes tensionantes que limitan la adecuada distribución de los recursos económicos y sociales, mediante procesos de análisis que permitan dimensionar y analizar la gravedad de las situaciones, con el objeto de propiciar un escenario para la generación de propuestas y/o la identificación de agentes liberadores que conduzcan a minimizar estas brechas de inequidad.



4 MARCO METODOLÓGICO

El Diagnostico Local con Participación Social es un documento que permite identificar y analizar la situación social y de salud de la población en las diferentes escalas del territorio, razón por la cual para su construcción se identificaron y consultaron fuentes de información primaria y secundaria que permitieron un abordaje cualitativo, cuantitativo y espacial, permitiendo así una contextualización del panorama actual de la localidad (ver Figura 1).

Figura 1. Fuentes de información empleadas



Fuente: Equipo ASIS, 2015.

De igual manera, la revisión bibliográfica permitió ahondar conceptualmente alrededor de las condiciones socioeconómicas, ambientales, demográficas y de salud que afectan a la población de la localidad, lo que contribuyó al abordaje del proceso de salud-enfermedad y calidad de vida, en el marco del análisis de los determinantes sociales de salud y la identificación de tensiones por cada una de las dimensiones del desarrollo contempladas en el PDSP (ver Figura 2).



Figura 2. Dimensiones prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021



Fuente: Equipo ASIS 2015, con información del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

En este contexto, el presente documento se elaboró a manera de investigación descriptiva, teniendo en cuenta que la exploración sistemática de las principales características de la población en las diferentes escalas del territorio se realizó mediante los datos e información colectados de las fuentes de información oficiales disponibles, que abordan las características más significativas de la población objeto de estudio, para conocer sus necesidades y dinámicas en el escenario local.

Así mismo, se estructuró bajo un enfoque mixto teniendo en cuenta los abordajes realizados desde las perspectivas cualitativa, cuantitativa y espacial, sobre las que se interpreta la información para la identificación de las tensiones más relevantes en la localidad. Todo ello entendiendo que “El enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cualitativos, cuantitativos en un mismo estudio, o una serie de investigaciones para responder al planteamiento del problema” (8).

A partir de ello, se analizaron las principales situaciones que están afectando la salud de la población bajo la óptica de los determinantes sociales de la salud, en el marco de la relación que se ha establecido entre las dimensiones del desarrollo anteriormente descritas y las consideradas en el modelo PASE, la cual “permite



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Centro Oriente

observar e interpretar de manera simultánea un número muy importante de elementos, presentes en los territorios, que interactúan entre sí de diversas maneras, dando lugar a multiplicidad de intercambios con efectos que en algunas ocasiones se realimentan y en otras se contrarrestan, hechos que generan puntos críticos en el sistema” (9).

PRELIMINAR



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

5.1 CONTEXTO TERRITORIAL

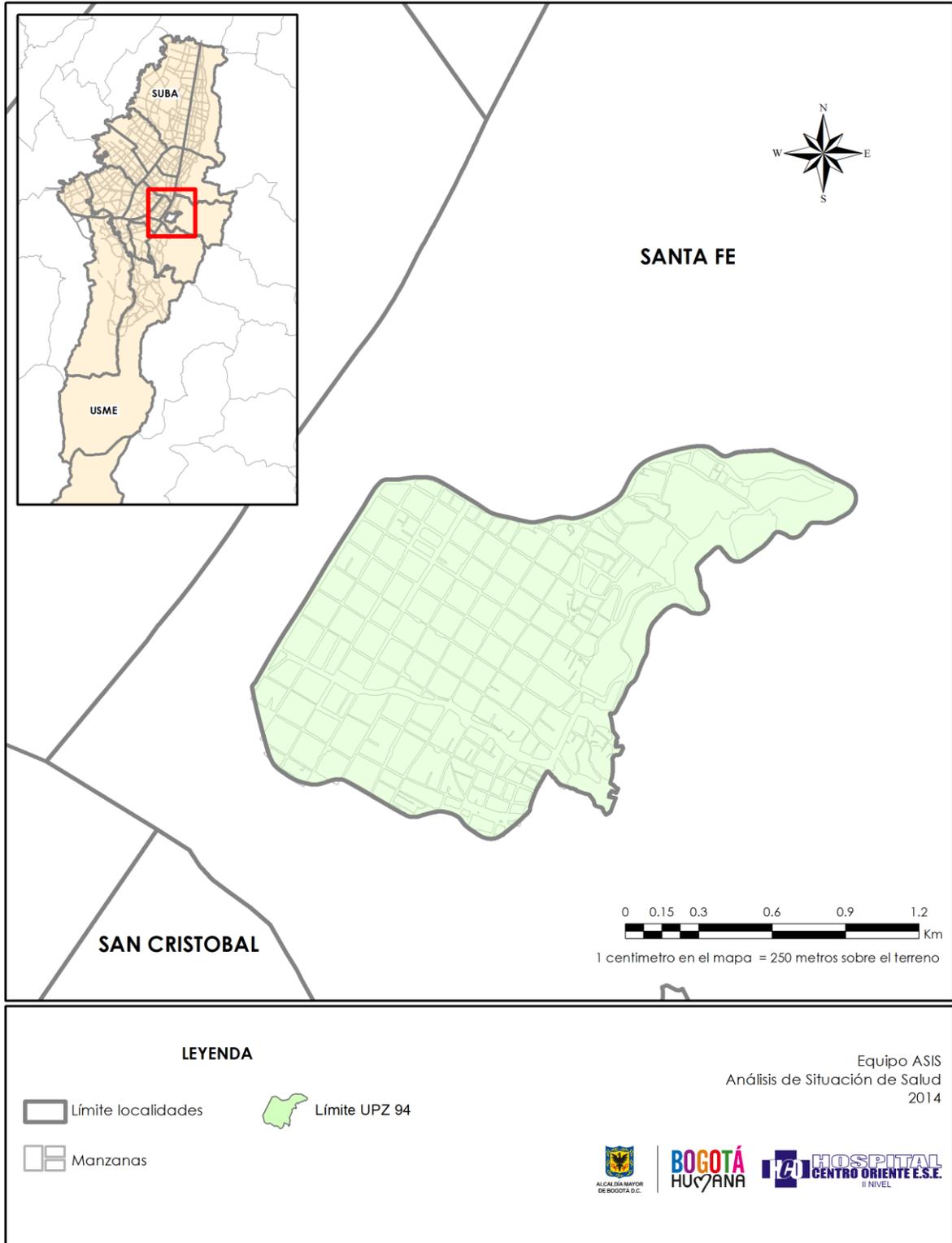
5.1.1 Localización. La localidad La Candelaria está ubicada en el sector centro oriental de Bogotá y limita en todos los puntos cardinales con la localidad Santa Fe (10). El límite norte corresponde al eje vial de la Avenida Jiménez, cuya denominación catastral varía entre la calle 13, la carrera 2A, la diagonal 20A y la calle 22, entre las carreras 10 y 5A Este; el límite occidental está estructurado a partir de la carrera 10 entre calles 13 y 6; al oriente limita con la carrera 5A Este entre las calles 22 y 7, y la carrera 3 Este entre calles 7 y 3C; y al sur los límites corresponden al eje trazado de la Avenida de Los Comuneros o calle 6.

En términos políticos y administrativos, posee una UPZ denominada de la misma manera que la localidad, la cual es identificada con el número 94 en el distrito. Por tal motivo, en adelante se hará alusión únicamente a la localidad para efectos de presentación de datos, información y análisis. Está conformada por 11 sectores catastrales, a saber: La Concordia, La Catedral, Centro Administrativo, Belén, Egipto, Parque Nacional Urbano, Santa Bárbara, Lourdes, San Francisco Rural, Parque Nacional Oriental y Las Aguas; caracterizándose estos últimos cinco sectores por corresponder también a la localidad Santa Fe (ver Mapa 1).

Cuenta con una extensión de 206 hectáreas (11) clasificadas en su totalidad como suelo urbano, de las cuales 3 hectáreas correspondientes al parque La Concordia y un tramo del río San Francisco, están clasificadas como suelo protegido. Dadas sus características territoriales, la localidad no cuenta con suelo rural ni áreas de expansión. Su extensión equivale al 0.12% del área de Bogotá, siendo la unidad espacial de menor extensión del distrito.



Mapa 1. División político-administrativa y límites de la localidad La Candelaria



Fuente: Equipo ASIS con datos de la IDECA, 2013.



5.1.2 Historia reciente del asentamiento. La Candelaria corresponde al sector más antiguo de la ciudad de Bogotá y los registros relacionados con sus primeros asentamientos se remontan a la instalación de los recoletos de San Agustín, también conocidos como padres de Candelaria, en el predio donde actualmente se ubica la Iglesia y Convento de San Agustín a mediados del siglo XVI.

Pese a ello, debido a algunos problemas relacionados con las licencias para el establecimiento de conventos, los miembros de la comunidad religiosa fueron obligados a regresar a España. Más de un siglo después, a finales del siglo XVII, obtuvieron la licencia real para reedificar el convento denominado Nuestra Señora de Candelaria en cuyas inmediaciones se inició el asentamiento de población, época desde la cual el sector se denomina La Candelaria (12).

De igual manera ha estado asociada directamente a hechos y sucesos históricos tanto de la ciudad como de la nación, destacándose el proceso independentista frente a la corona española, cuyas implicaciones estuvieron relacionadas con el desplazamiento de población proveniente de diversas zonas del país hacia el barrio La Catedral, teniendo como consecuencia el incremento en el número de habitantes del sector, al pasar de 20.000 a principios del siglo XIX a más de 100.000 en la primera década del siglo XX (13).

No obstante, durante la primera mitad del siglo XX la ciudad experimentó un crecimiento hacia el norte, ocasionando el traslado de familias tradicionales e instituciones hacia estos nuevos sectores, lo que generó un período de decadencia del tradicional sector de La Candelaria.

Por lo anterior y teniendo en cuenta su relevancia histórica, fue reconocido como monumento nacional mediante la ley 59 de 1963 y como zona de conservación a través del decreto 264 del mismo año, y fue reglamentado por el decreto 678 de 1994 por medio del cual se asignó tratamiento especial de conservación histórica (14).

Legal y jurídicamente, la conformación de la zona como localidad está reglamentada por la ley 1 de 1992, por medio de la cual se dieron las directrices para la organización y funcionamiento de las juntas administradoras locales en el distrito capital, y el decreto 117 de 2002, por el cual se modifican y precisan los límites, entre otras, de la localidad La Candelaria. A su vez, los decretos 492 de 2007 y 172 de 2010 reglamentan la operación estratégica del centro de Bogotá, el Plan Zonal del Centro y las fichas normativas para la UPZ 94. En estos términos, la localidad se caracteriza por presentar unidades tipo 8, es decir, “[...] grandes áreas destinadas a la producción de equipamientos urbanos y metropolitanos que, por su magnitud dentro de la estructura urbana, se deben manejar bajo condiciones especiales” (15).

En tal sentido, el uso residencial en la localidad se entremezcla con usos institucionales, educativos, turísticos y culturales. De acuerdo con la



caracterización zonal realizada por la Universidad de Los Andes, la localidad cuenta con cinco sectores según el uso del suelo predominante, a saber (16):

- La zona comprendida por los barrios Centro Administrativo y La Catedral corresponde al centro turístico y cultural de la localidad y del distrito. Cuenta con equipamientos metropolitanos como la Biblioteca Luis Ángel Arango, el Teatro Colón, diferentes universidades de carácter público y privado, la Catedral Primada de Colombia, el Palacio de Justicia, la Casa de Nariño y la Alcaldía Mayor de Bogotá; razón por la cual en este sector confluyen a diario gran cantidad de personas que habitan en otras localidades pero que desarrollan sus actividades cotidianas allí.
- En los barrios Las Aguas y La Concordia se presentan paralelamente usos del suelo tanto de carácter residencial como educativo y cultural. Muchas de sus edificaciones conservan la estructura arquitectónica original en las cuales se emplazan universidades, colegios, bibliotecas y teatros. No obstante, también se encuentra una gran diversidad de población desde la que transita el sector para hacer uso de la institucionalidad o de los equipamientos descritos, hasta aquella que reside allí, la cual incluye tanto familias de clase media-alta y alta como personas de escasos recursos económicos.
- El barrio Santa Bárbara cuenta con viviendas de arquitectura colonial, la mayoría de ellas en mal estado, en las cuales funcionan inquilinatos donde cohabitan en hacinamiento entre 12 y 15 familias. De igual manera, se encuentran viviendas de interés social. Cerca del 50% de la población vive en arriendo y el restante corresponde a poseedores, es decir, personas sin título de propiedad pero con posesión *de facto*.
- El barrio Belén posee una infraestructura antigua donde se ubican inquilinatos, asociados a las condiciones de hacinamiento e insalubridad propias de estos espacios. Así mismo, en este sector se localiza una zona denominada Antigua Fábrica de Loza en donde se encuentran familias en precarias condiciones y habitantes de calle.
- En Nueva Santa Fe, al interior de Santa Bárbara, predomina la vivienda de propiedad horizontal, cuya población se caracteriza por un poder adquisitivo de nivel medio. Cuenta con equipamientos comunales, tales como el Archivo General de la Nación, donde confluyen diariamente gran cantidad de empleados del sector oficial.

5.1.3 Características físicas del territorio. La localidad se emplaza en una porción del piedemonte de los cerros de Guadalupe y Monserrate, en el contacto entre estos y el llano fluviolacustre de la sabana de Bogotá (17); su altura se incrementa de occidente a oriente y varía entre 2547 y 2749 MSNM.



Cuenta con dos cuerpos de agua principales en los cuales desembocan las quebradas provenientes de los Cerros Orientales de Bogotá: el río San Francisco, localizado al norte en paralelo a la Avenida Jiménez, que colecta los caudales de las quebradas Las Brujas, Santo Domingo, Roosevelt y Padre de Jesús; y el río San Agustín al sur, que es alimentado por las quebradas Mochón del Diablo, San Bruno, Santa Isabel, Manzanares y Chorrerón (ver Mapa 2). No obstante lo anterior, ambos ríos presentan serios problemas asociados a la reducción de su caudal “[...] por erosión, asentamientos en las rondas y deforestación” (18).

Es así como en el área que correspondía al curso del río San Francisco actualmente se encuentra un espejo de agua simbólico denominado “Eje Ambiental”; el cual se ha convertido en el depositario de basuras de los transeúntes. Por su parte, el río San Agustín ha sido objeto de un proceso de canalización subterránea, en el que se ha identificado “[...] contaminación por vertimiento de aguas servidas, presumiblemente de conexiones erradas y de remanentes de sistemas de alcantarillado mixtos” (18).

En el territorio se reporta una temperatura media anual de 14 grados Celsius y “[...] una humedad relativa media en los meses secos del 69%, la cual varía durante el día en forma inversa con la temperatura del aire. La precipitación media anual oscila entre 1050 mm en el extremo occidental, hasta más de 1150 mm en el borde oriental” (17).

De otro lado, la localidad se caracteriza por disponer de muy pocas zonas verdes las cuales están ubicadas al nororiente, en el barrio Las Aguas, y al suroccidente, en Santa Bárbara. En tal sentido, presenta déficit en la relación árboles por habitante toda vez que el indicador local se calculó para 2014 en 0,57 árboles por cada tres personas (19), mientras la OMS indica que la relación debe ser uno a tres si se quiere un ambiente sano. Pese a ello, la media local está por encima de la distrital, la cual se estimó en 0,48 árboles.

En ese mismo sentido, el espacio público efectivo, entendido como las áreas “[...] de disfrute y en el que el ciudadano puede permanecer y ejercer libremente sus derechos como plazas, plazoletas, parques y zonas verdes” (20) presenta déficit en la localidad al año 2013, toda vez que cuenta con 1,87 metros cuadrados por habitante, cuando el promedio distrital es de 3,93 (21) y el Decreto Nacional 1504 de 1998 establece que la meta es de 15 metros cuadrados por habitante (22).

En este marco territorial, se han desarrollado diversidad de actividades antrópicas que, como se mostró en el apartado anterior, hacen parte fundamental de la historia distrital y nacional. Sin embargo, la manera como la sociedad establece sus relaciones con el entorno tiene repercusiones en la vida misma de la población allí asentada. Así lo afirma Francisco Calvo García-Tornel:

La constante interacción entre vida humana, por un lado, y medio natural, por otro, se realiza dentro de unos límites muy variables. Hasta determinados umbrales, diversos mecanismos de tipo técnico y social nos permiten acomodarnos en nuestro entorno



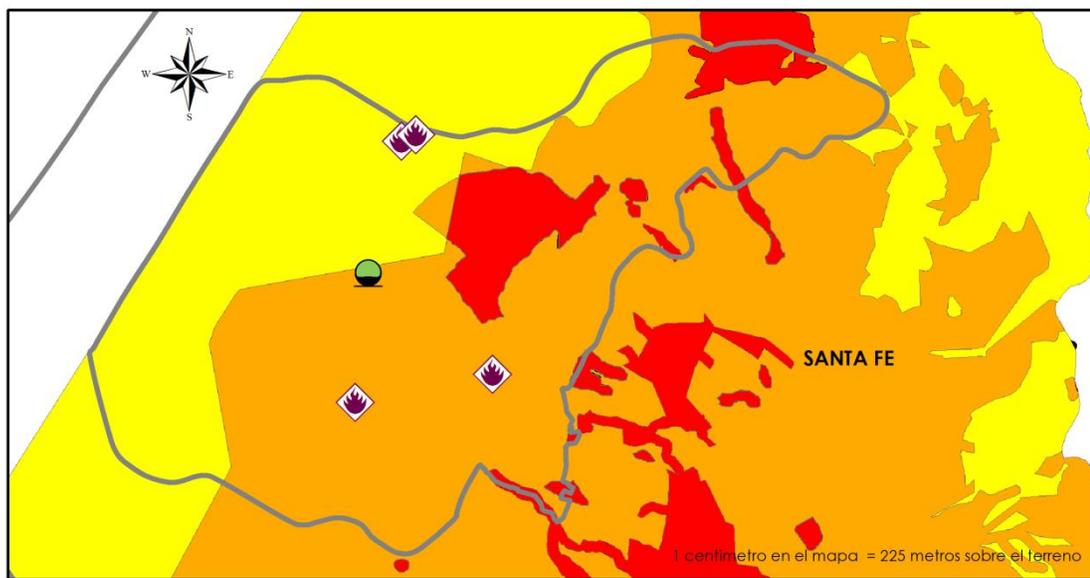
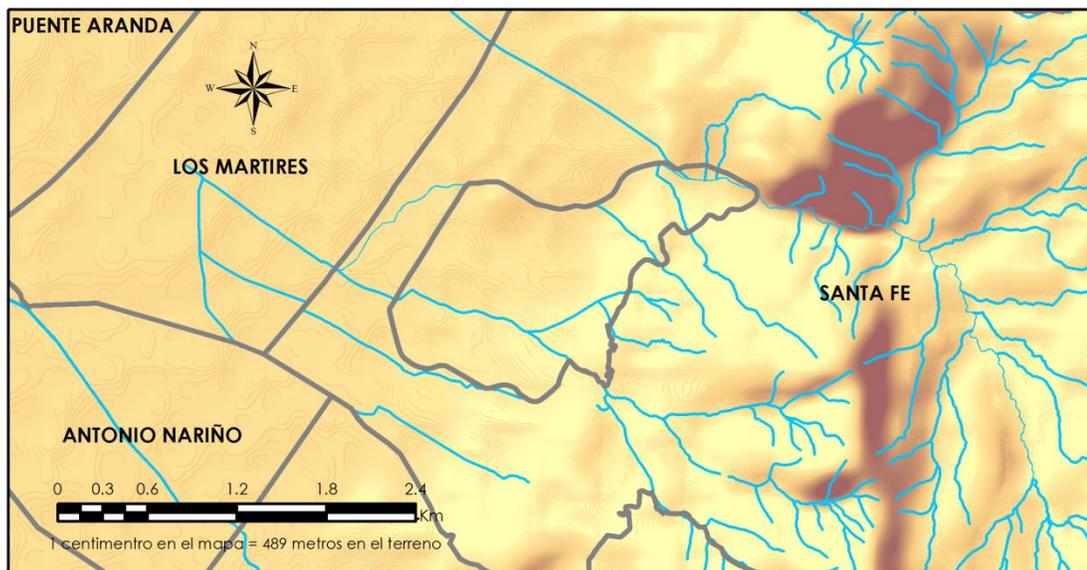
natural, paliando la incidencia de aquellos aspectos que pueden ser perjudiciales en algún grado. Sin embargo, sobrepasados estos umbrales, las formas de adaptación pueden mostrarse insuficientes, derivándose de ello efectos seriamente perjudiciales para los grupos humanos (23).

En otras palabras, la dinámica interna y externa propia de la Tierra en general, y del territorio de vida en particular, será vista como una amenaza que pueda afectar a la población en la medida en que ésta tenga o no los mecanismos necesarios para afrontarlas. Al respecto, mediante el decreto 190 de 2004 el IDIGER delimitó aquellas zonas sujetas a amenazas y riesgos, identificando para la localidad amenaza de remoción en masa, cuyo grado de afectación aumenta en dirección occidente-oriente, en consonancia con el relieve escarpado característico de las inmediaciones de los cerros orientales y la dinámica fluvial de los cuerpos de aguas provenientes de la cadena cordillerana.

A su vez, se identificaron amenazas de tipo tecnológico, relacionadas con la antigüedad, la titulación y los procesos constructivos inadecuados de las edificaciones que existen en la localidad, los cuales pueden generar colapso de las estructuras e insuficiencia en las actuales redes para atender la demanda de servicios de infraestructura básica, alcantarillado, canalización de redes de energía y de telefonía y gas domiciliario, que se proyecta desde el Plan Centro (24) (ver Mapa 2).



Mapa 2. Relieve, hidrografía y amenazas, localidad La Candelaria



LEYENDA

Límite localidades	Altura (M.S.N.M)	
Cuerpo de agua	3481	
Amenaza por remoción en masa	2454	
Alta	Tipo de amenaza tecnológica	
Media	Derrame, incendio y explosión	
Baja	Derrame e incendio	

Equipo ASIS
Análisis de Situación de Salud
2014





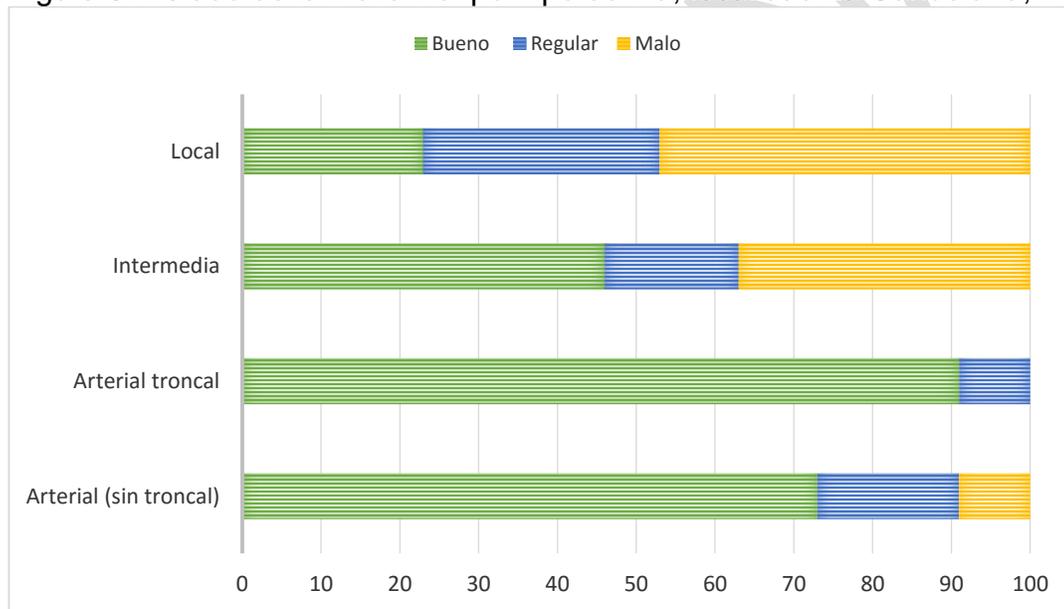
Fuente: Equipo ASIS con datos de la IDECA, 2013; Consortium for Spatial Information, sin año; y Geoportal del IDIGER, 2013



5.1.4 Accesibilidad geográfica. La localidad La Candelaria cuenta con una malla vial relativamente regular hacia el occidente, la cual tiende a volverse irregular hacia el oriente en razón de la topografía del terreno donde se emplaza. Es atravesada de norte a sur por las avenidas Fernando Mazuera o carrera 10 y Patricio Samper Gnecco o carrera 5A Este; y de oriente a occidente por las avenidas Jiménez de Quesada o calle 13 y de Los Comuneros o calle 6 (ver Mapa 3).

De acuerdo con la Figura 3, a diciembre de 2014 gran parte de la malla vial arterial y arterial troncal de la localidad se encuentra en buen estado; situación que contrasta con la de las vías intermedias y locales, en donde más del 50% de sus carriles se encuentran en regular o mal estado. Si se tiene en cuenta que de los 67 kilómetros de vías con los que cuenta la localidad, 38 corresponden a vías locales y 17 a intermedias (25), se concluye que la malla vial general se encuentra deteriorada.

Figura 3. Estado de la malla vial por tipo de vía, localidad La Candelaria, 2014

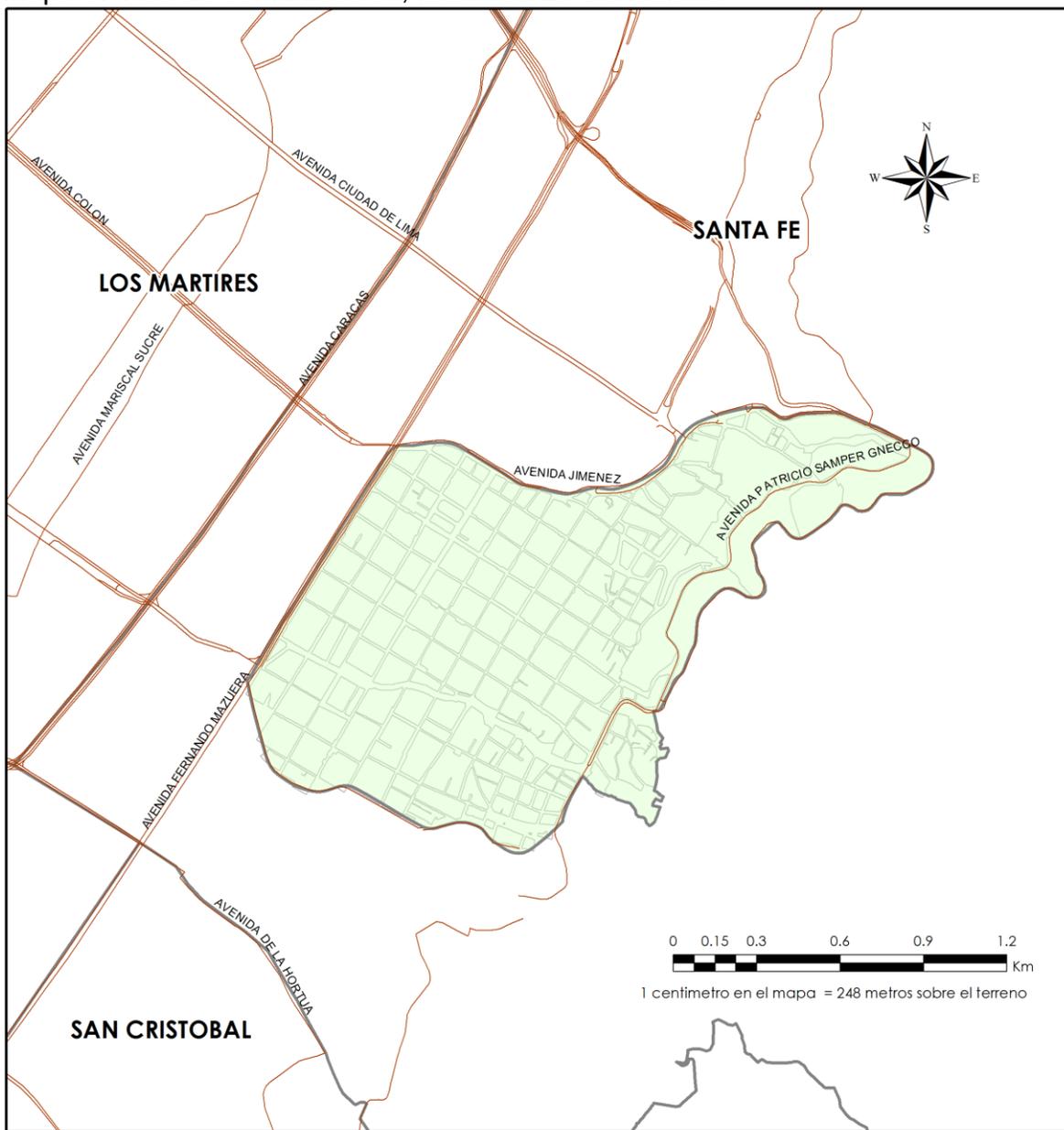


Fuente: Equipo ASIS con datos del IDU a diciembre de 2014.

De otro lado, la circulación hacia el centro de la localidad es lenta o de baja velocidad (menor a 30 km/h) lo cual se hace evidente sobre los corredores viales que atraviesan el centro histórico, provocando no solo contaminación atmosférica por concentración de gases y partículas, sino también el deterioro de las edificaciones cercanas a estas vías por la constante vibración y el ruido (26). Lo anterior, teniendo presente que sobre la Avenida Jiménez y la carrera 10 funcionan algunas estaciones de Transmilenio.



Mapa 3. Vías de comunicación, localidad La Candelaria



LEYENDA

Límite localidades	Límite UPZ 94
Manzanas	Vías principales

Equipo ASIS
Análisis de Situación de Salud
2014





Fuente: Equipo ASIS con datos de la IDECA, 2013



Aunque no se cuenta con la estimación del tiempo promedio de traslado por localidad, el cálculo de este indicador a escala distrital arroja que “[...] entre más alto sea el estrato del lugar de vivienda menor tiempo de viaje en modo motorizado experimentará el viajero. La diferencia entre los promedios llega a ser de más de media hora por viaje entre el estrato 1 y 6” (27) (ver Anexo 1). Extrapolando al contexto local, donde predomina el estrato socioeconómico 2 al sur y oriente del territorio, mientras que el estrato 0 se ubica hacia el occidente y norte de la localidad, esto último por tratarse del Centro Histórico de la ciudad; se concluiría que al momento de trasladarse, la población tardaría en promedio 64,98 minutos por trayecto.

En lo que atañe a las distancias recorridas por la población local para acceder a sus lugares de trabajo, estudio o para hacer compras, se tiene que la localidad cuenta con el promedio más bajo de Bogotá (28), siendo este de 4,92 kilómetros (ver Anexo 2), lo que se explica al considerar su localización, toda vez que en ella predominan los usos del suelo mixtos, es decir, confluye la zona residencial con el comercio, las instituciones educativas, las sedes de entidades nacionales y distritales tanto públicas como privadas y los equipamientos del orden metropolitano; lo que hace que los residentes tengan que desplazarse menos para desarrollar sus actividades cotidianas.

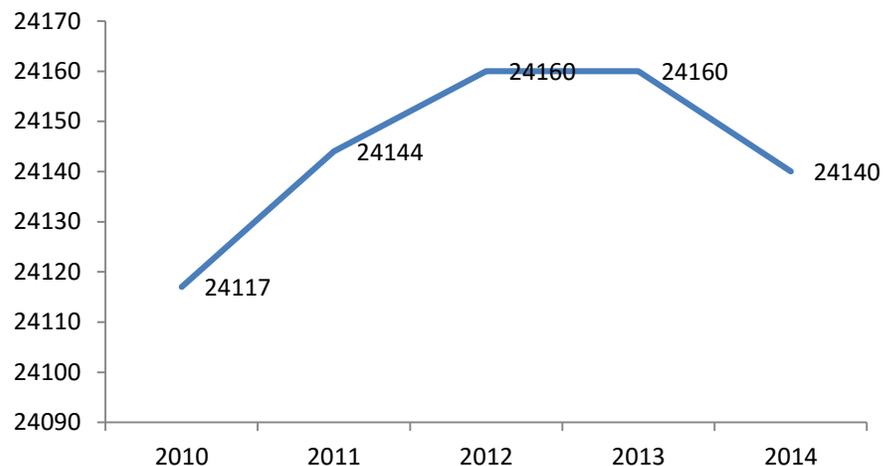
Sintetizando lo anterior, el índice de movilidad calculado para la localidad en 2013 se encuentra en 0,17, en una escala donde los valores cercanos a uno indican alta movilidad y aquellos cercanos a cero hacen referencia a baja movilidad; es decir, la localidad cuenta con tasas de motorización bajas, asociada a los bajos ingresos económicos de sus habitantes y al mayor uso del transporte público frente a la media distrital, con lo que se incrementan los tiempos de viaje (29). En suma, si bien la población local no recorre grandes distancias, cuando lo requiere acude al transporte público y tarda más tiempo que el calculado para Bogotá en 59,06 minutos.



5.2 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

5.2.1 Tamaño y Volumen. A 2014 La Candelaria reporta 24.140 habitantes, de los cuales el 100% reside en el área urbana, dado que la localidad no cuenta con suelo de expansión ni áreas rurales. Su densidad de población equivale a 117 personas en promedio por hectárea urbana, menor si se compara con la de la localidad Santa Fe, que registra 157 personas/Ha (16), y que se explica en parte por la cantidad de edificaciones de uso institucional. La revisión de su comportamiento poblacional durante los últimos cinco años refleja un crecimiento mínimo entre 2010 y 2013, como se muestra en la Figura 4, aunque para el año 2014 se presenta un descenso en la población de 20 habitantes, lo que representa una reducción del 0,09%.

Figura 4. Población de la localidad La Candelaria entre los años 2010 y 2014



Fuente: Bogotá proyecciones de población 2005 a 2015

De acuerdo con la Encuesta Multipropósito, para el año 2014 la localidad cuenta con un total de 9.694 viviendas donde residen 9.884 hogares*, lo que indica que los hogares están constituidos por 2,58 personas, siendo esta la tercera cifra más baja después de las reportadas en las localidades Chapinero y Teusaquillo. Por composición, se tiene que predominan los hogares nucleares en el 41,0% de los casos, los cuales pueden ser biparentales o monoparentales. De igual manera,

* Estas estimaciones se realizaron sobre un total de 24.476 habitantes, cifra que no coincide con los datos de la Proyección DANE 2005-2015.



más de la tercera parte de los hogares caracterizados en la localidad cuentan con un solo miembro, lo que equivale al 37,4% de los casos que, comparado con el 2011, representa un aumento de 6,9 puntos porcentuales; ubicándola como la segunda localidad con la mayor proporción de éstos después de Chapinero. En cuanto a la tenencia de la vivienda, el 54,7% de los habitantes viven en arriendo (30).

Al considerar la pertenencia étnica, se encuentra que la localidad cuenta con un total de 142 habitantes en este grupo poblacional, de los cuales el 56,3% (n=80) corresponde a indígenas, el 33,0% (n=47) a afrodescendientes, 13 habitantes a ROM gitanos, lo que equivale al 9,5%; y el 1,2% restante a raizales (31).

5.2.2 Estructura Poblacional. Según la Tabla 1, del total de la población que reside en la localidad el 52,9% (n=12.784) corresponde a población masculina lo que se traduce en que por cada 100 mujeres existen 113 hombres. De otro lado, el 68% del total poblacional se ubica entre los 15 y los 59 años, sobresaliendo el grupo entre los 20 y los 24 años. No obstante, la estructura poblacional de la localidad muestra 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.

Tabla 1. Participación de la población por rango de edad y género, localidad La Candelaria, 2014

Grupo edad	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
0 a 4	673	5,3	521	4,6	1194	4,9
5 a 9	721	5,6	566	5,0	1287	5,3
10 a 14	795	6,2	628	5,5	1423	5,9
15 a 19	1190	9,3	957	8,4	2147	8,9
20 a 24	1365	10,7	1101	9,7	2466	10,2
25 a 29	1090	8,5	906	8,0	1996	8,3
30 a 34	973	7,6	878	7,7	1851	7,7
35 a 39	799	6,3	713	6,3	1512	6,3
40 a 44	762	6,0	686	6,0	1448	6,0
45 a 49	872	6,8	806	7,1	1678	7,0
50 a 54	897	7,0	850	7,5	1747	7,2
55 a 59	821	6,4	800	7,0	1621	6,7



Grupo edad	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
60 a 64	681	5,3	676	6,0	1357	5,6
65 a 69	457	3,6	460	4,1	917	3,8
70 a 74	269	2,1	282	2,5	551	2,3
75 a 79	192	1,5	226	2,0	418	1,7
80 y más	227	1,8	300	2,6	527	2,2
Total	12.784	100	11.356	100	24.140	100

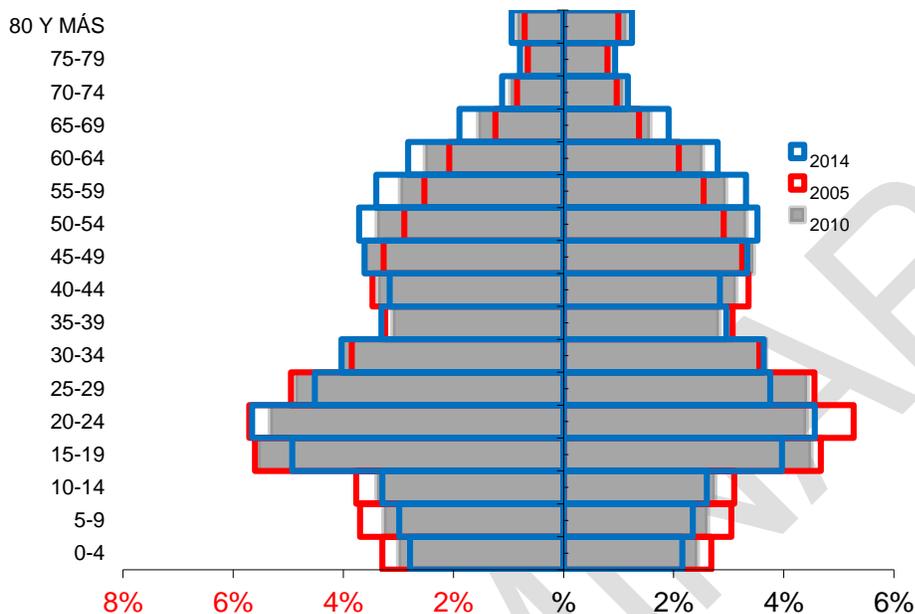
Fuente: Equipo ASIS con datos de las proyecciones de población DANE 2005-2015

El contraste de las pirámides ilustrado en la Figura 5 muestra un marcado estrechamiento en la base desde el año 2010 al 2014, un aumento de cerca del 34% en la población mayor de 60 años en el comparativo entre los años 2005 y 2014, y una disminución del 23,7% en los niños y niñas entre 0 y 14 años, pasando de 4.695 habitantes en 2005 a 3904 en 2014. Este fenómeno está asociado a un descenso en la natalidad y fecundidad cuyas causas son variables pero de las cuales se destacan los cambios en los estilos de vida de la población y los efectos sobre la comunidad de los programas de promoción y prevención instaurados desde las políticas gubernamentales.

Realizando un comparativo entre las pirámides poblacionales de los años 2013 y 2014, se observa una disminución de la población de hombres y mujeres entre los 0 y 34 años de edad y un aumento significativo de la población entre 35 y 80 y más años de edad.



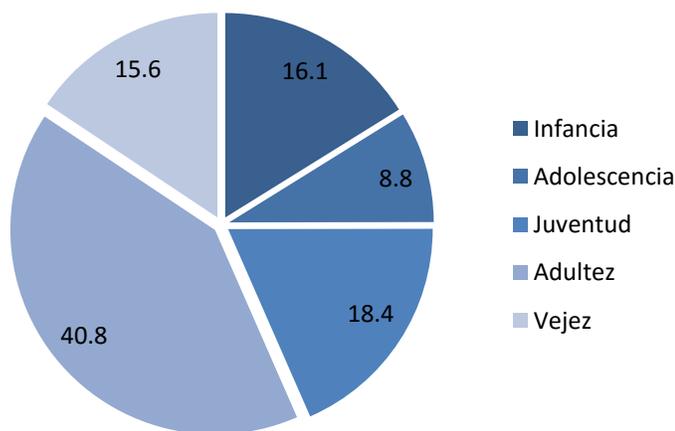
Figura 5. Pirámide poblacional comparativa, localidad La Candelaria, años 2005,2010, 2014



Fuente: Proyecciones de población DANE 2005 a 2015.

La distribución por etapa de ciclo vital evidencia que la mayoría de los habitantes de la localidad son adultos y adultos mayores que, en conjunto, representan el 59,2% (ver Figura 6).

Figura 6. Distribución de la población por etapa de ciclo vital en porcentaje, localidad La Candelaria, 2014



Fuente: Proyecciones de población DANE 2005 a 2015.



La estructura de la población, en términos de indicadores demográficos de interés para el análisis, muestra que para el año 2014 se calculan 20 niños y niñas menores de 4 años por cada 100 mujeres en edades entre los 15 y 49 años. Otra dinámica que expresa el comportamiento regresivo demográfico local se expresa en los índices de infancia, juventud y vejez, toda vez que el primero indica que por cada 100 habitantes hay 16 menores entre los 0 y los 14 años; mientras el segundo reporta por cada 100 habitantes en la localidad, 27 personas entre 15 y 29 años; y en cuanto al envejecimiento, se calculan 62 adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años, que aumentó con respecto al año inmediatamente anterior, donde se registraron 58 hombres y mujeres mayores de 64 años. En su conjunto, estas cifras ponen en evidencia el acelerado proceso de envejecimiento que se hace presente en La Candelaria; situación que se valida con el índice de Friz estimado en 93,2 para 2014.

Por otra parte, el índice de dependencia para el mismo año evidencia que por cada 100 personas entre 15 y 64 años de edad hay 35 adultos mayores de 64 años y/o menores de 15 años que dependen económicamente de la fuerza laboral de la localidad. Desagregado, el índice de dependencia infantil equivale a 21,9, cifra por debajo de la calculada para Bogotá en 33,4, que indica que hay 22 menores de 15 años dependientes de la fuerza laboral local; en tanto el índice de dependencia mayores es de 13,5, superior al registrado a nivel distrital en 10,4, lo que se traduce en que 13 personas mayores de 64 años dependen de 100 personas económicamente activas. Bajo estas circunstancias, la población que se encuentra laboralmente activa debe contar con las condiciones mínimas necesarias que permitan el desarrollo adecuado de sus labores, frente a un trabajo digno, condiciones de salud óptimas y prestación de servicios que garanticen su integridad como trabajador

5.2.3 Dinámica poblacional. La dinámica demográfica indica la relación entre nacimientos y defunciones y expresa el incremento anual de las poblaciones (32). A escala local, la tasa bruta de natalidad de 2012 se estima en 16,0%, mientras la tasa bruta de mortalidad es de 4,72; determinando un crecimiento natural de 11,3; es decir, la localidad presenta un crecimiento demográfico positivo.

Al considerar la tasa de migración, no es posible calcularla a nivel local para el año 2014 dado que no se cuenta con el dato de la población migrante; sin embargo, los cálculos realizados con base en el Censo de Población y Vivienda del DANE 2005 reportan que La Candelaria es la séptima localidad del distrito con mayor tasa de migración de toda la vida, correspondiendo al 42,5%, cifra superior a la calculada para Bogotá en 40,4%; es decir, el 42,5% de la población local proviene de otras zonas del país y han residido en ella por más de cinco años. Frente a la población migrante que ha residido en la localidad en los últimos cinco años, la tasa se calcula en 6,2%, siendo superior a la de Bogotá en 1,3 puntos porcentuales (33).



La tasa general de fecundidad calculada para el mismo año es de 67,4 lo que indica que se presentaron 67 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil, la cual está por encima de la reportada el año anterior en 55,1; y la de las localidades Los Mártires, equivalente a 57,2; y Santa Fe de 60,5. Entretanto, la tasa global de fecundidad corresponde a 2,2 nacimientos por mujer y la edad media de la fecundidad a 26,6 años. En cuanto a la tasa de reproducción, se calcula en 0,5, lo que indica que en la localidad no se presenta reemplazo generacional.

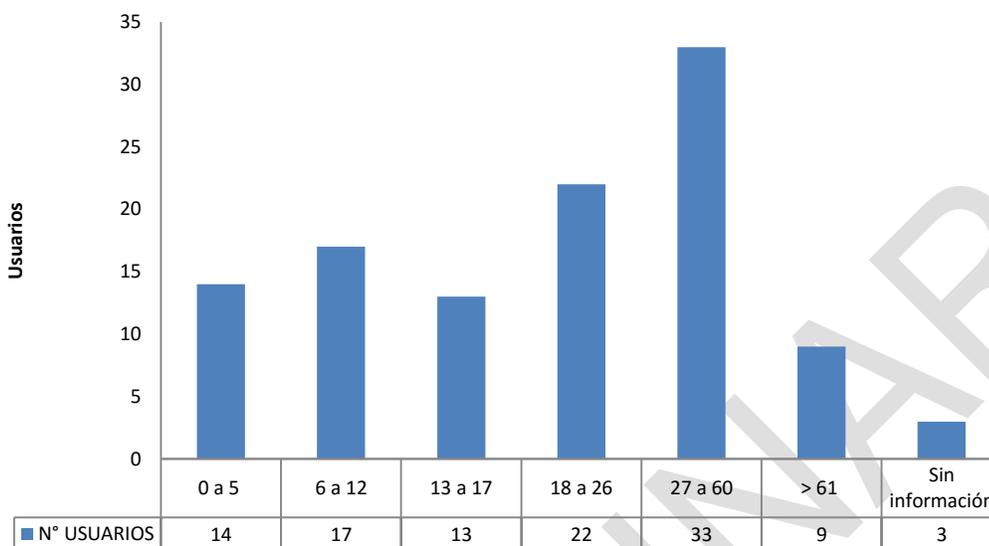
La edad promedio de la población local está en 36,4 años, superior a los 32 años estimados en la ciudad; sin embargo el promedio de esperanza de vida de 78,9 años es inferior al de Bogotá de 80,2 años. Por sexo, la esperanza de vida en hombres equivale a 71,9 años y en mujeres a 77,6 años; ambas por debajo del cálculo para Bogotá que corresponde a 75,9 en hombres y 80,2 en mujeres; todo lo que hace visible la influencia de la dinámica social y lo hábitos de vida que se encuentran inmersos en la localidad.

5.2.4. Movilidad. Como en la mayoría de los países, la ciudad capital tiene un atractivo especial para lo población por concentrar entidades del gobierno central y una porción significativa de los servicios, lo que comúnmente se asocia con oportunidades de empleo y bienestar. En este marco referencial la localidad La Candelaria, al corresponder al centro histórico de la misma, atrae flujos migratorios fuertes desde el resto de ciudades del país y del área rural, situación que se ve acentuada por el conflicto armado que vive el país.

De acuerdo con la identificación preliminar de población diferencial y de inclusión, en la localidad se reportan 111 personas víctimas del conflicto armado, el 51,3% de los cuales son mujeres; la mayoría de los cuales tienen entre 27 y 60 años (n=33), seguido por aquellos de 18 a 26 años (ver Figura 7).



Figura 7. Víctimas del conflicto armado por grupo etario, localidad La Candelaria, 2013



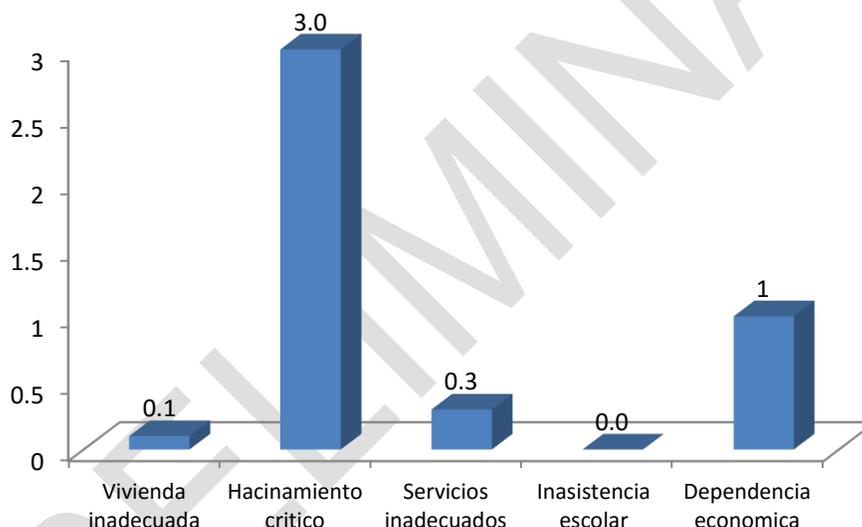
Fuente: Equipo ASIS con datos de la Alta Consejería de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación, 2013.



5.3 CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

5.3.1 Necesidades Básicas Insatisfechas. Para medir las necesidades básicas insatisfechas de la población es importante abordar la disponibilidad y acceso a los servicios básicos de los hogares en términos de vivienda inadecuada, hacinamiento crítico, servicios inadecuados, alta dependencia económica e inasistencia escolar (29). De acuerdo con los hallazgos de la Secretaría Distrital de Planeación, la población de la localidad se ve afectada, fundamentalmente, por el hacinamiento crítico, seguido de la dependencia económica, lo cual se asocia a condiciones de vulnerabilidad y a su vez a la pobreza (ver Figura 8)

Figura 8. Necesidades Básicas Insatisfechas de los hogares en la localidad La Candelaria 2014.



Fuente: Equipo ASIS con datos de la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2014.

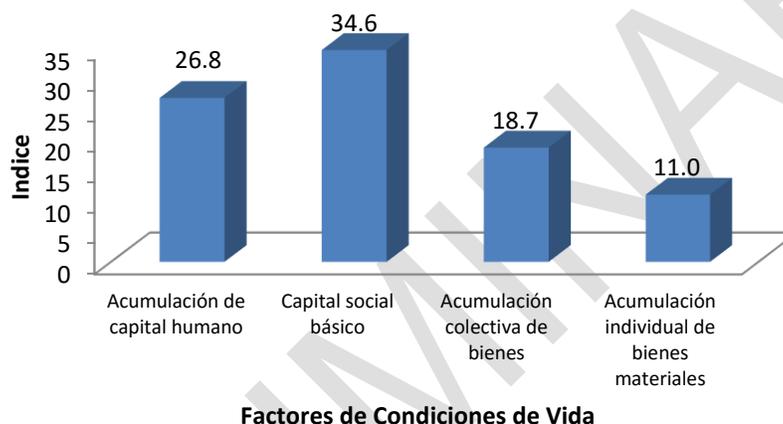
5.3.2 Coeficiente de Gini. Para el año 2011 la localidad cuenta con un coeficiente de Gini de 0,587 (34), en una escala donde cero representa equidad perfecta y uno inequidad perfecta, lo que apunta a que pocos individuos acaparan la mayoría de los ingresos y, en contraste, la mayoría de los individuos tengan pocos. De igual manera, el indicador está por encima del calculado para Bogotá en el mismo año en 0,522 y habría que cotejarlo con el de 2014, el cual se encuentra en 0,502 a nivel distrital.

5.3.3 Índice de Condiciones de Vida. Este índice permite identificar la forma en que vive de la población en un territorio específico, la cual se califica en una escala



de 1 a 100 puntos, donde los mayores puntajes hacen referencia a mejores condiciones de vida para la población analizada (30). La localidad La Candelaria ocupa el decimoprimer puesto a nivel distrital, con un índice del 91,1, inferior al promediado para Bogotá en 92, lo que sería indicativo de condiciones de vida adecuadas para el bienestar integral de la población, por lo menos en niveles de escolaridad del núcleo familiar (acumulación de capital humano), la composición del hogar y su relación por cuartos disponibles (capital social básico), el acceso a los servicios públicos (acumulación colectiva de bienes) y la calidad de la vivienda (acumulación individual de bienes materiales (ver Figura 9).

Figura 9. Índice de condiciones de vida de la población de La Candelaria, 2014.



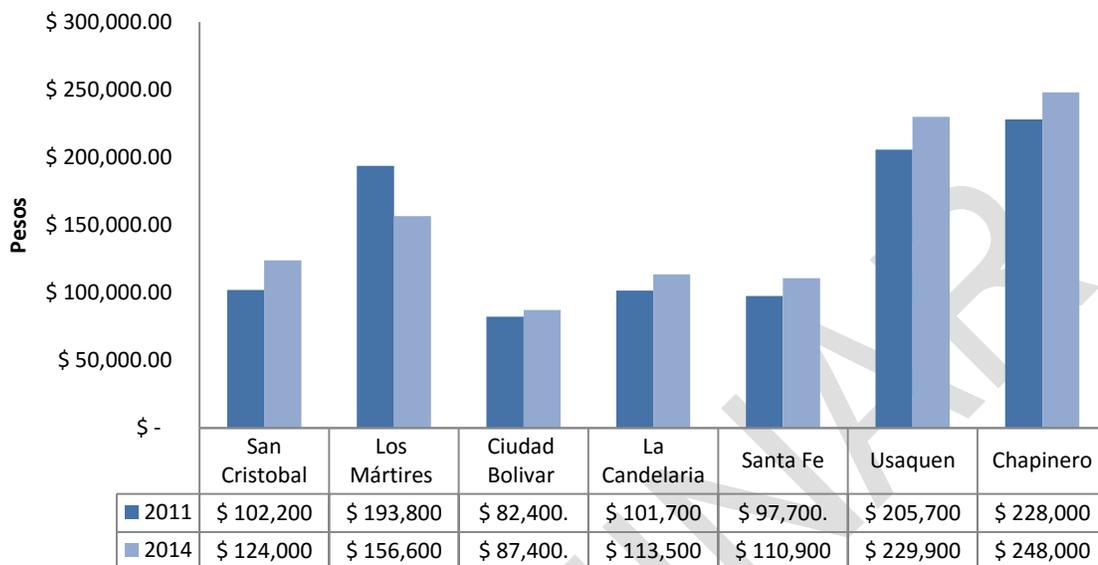
Fuente: Equipo ASIS con datos de la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2014.

5.3.4 Nivel de ingresos. El ingreso *per cápita* de la localidad es de \$992.390 para 2011, que está por encima del promedio distrital calculado en \$580.344; y que la convierte en la séptima localidad con los ingresos más altos después de Chapinero, Teusaquillo, Usaquén, Barrios Unidos, Fontibón y Suba (35). En este sentido, se hace evidente una clara situación de inequidad en la distribución de los recursos económicos, toda vez que la localidad presenta uno de los ingresos per cápita más altos del distrito pero, al mismo tiempo, un coeficiente de Gini tendiente a 1.

En lo que atañe a los gastos, los hogares de la localidad destinan en promedio 113.500 pesos para el pago de servicios públicos durante 2014, que comparado con el 2011, representa un aumento de 11.800 pesos. No obstante lo anterior, esta es la quinta cifra más baja entre las localidades del distrito y dista ostensiblemente de la reportada por Chapinero, localidad con el mayor gasto (ver Figura 10).



Figura 10. Gatos promedio de los hogares en servicios públicos, localidad La Candelaria, 2011 y 2014



Fuente: Equipo ASIS con datos de la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2014.

5.3.5 Cobertura educativa. En consonancia con la estructura poblacional local, se evidencia una tendencia a la reducción de la población en edad escolar entre 5 y 16 años, al pasar de 3.941 en 2009 a 3.563 para el 2013 (36). La localidad cuenta con dos colegios oficiales que ofrecen un total de 4.092 cupos (ver Tabla 2). Al cotejar el número de cupos ofertados con la población en edad escolar, se evidencia la existencia de un superávit de 720, cifra que incrementa a 884 si se considera la población efectivamente matriculada, que para el año 2013 equivale a 3.208 (36); es decir, el uso efectivo de los cupos es del 78,4%.

Tabla 2. Cupos oficiales ofertados por nivel de escolaridad, La Candelaria, 2013

Localidad	Preescolar	Primaria	Secundaria	Media	Total
La Candelaria	295	1.711	1.437	649	4.092

Fuente: Equipo ASIS con datos de Secretaría Distrital de Salud, 2013.

La mayoría de las matriculas correspondieron principalmente a primaria con el 39,5% (n=1.268), seguido por secundaria con el 37.3% (n=1.196), media con el 16,7% (n=536) y preescolar con el 6,5% (n=208). Del total de niños, niñas y adolescentes matriculados en los colegios distritales de la localidad, el 2,6% (n=85) corresponde a población víctima del conflicto, bien sea por ser víctimas del desplazamiento forzado, por haberse desvinculado de grupos armados o por ser hijos de adultos desmovilizados (36).



En el sector no oficial, el número de matrículas para el mismo año corresponde a 5.320, es decir, 2.112 personas más que las reportadas en el sector oficial, la mayoría de las cuales se realizó en primaria (n=2.181), seguido por secundaria (n=1.690), media (n=865) y preescolar (n=584) (36).

Respecto a la cobertura en la localidad, la tasa bruta global entendida como la relación entre la matrícula del sector oficial más la del sector privado y la población en edad escolar, corresponde al 231.18%, lo que representa una tasa superior a la global del distrito, la cual se encuentra en 97.21% (36). Como se aprecia en la Tabla 3, la tasa calculada para primaria supera la promediada, en secundaria es equivalente, mientras en preescolar y media está por debajo, aunque superando con creces el 100%. Este resultado obedece a que la localidad recibe estudiantes de otras unidades espaciales de la ciudad que presentan déficit.

Tabla 3. Tasa de cobertura bruta global por nivel educativo, La Candelaria, 2013

Localidad	Preescolar	Primaria	Secundaria	Media	Total
La Candelaria	191,22	267,99	231,25	182,90	231,18

Fuente: Equipo ASIS con datos de Secretaría Distrital de Salud, 2013.

5.3.6 Servicios públicos. Para el año 2014 la localidad presentó una cobertura de 99,8% para acueducto y alcantarillado, y del 99,4% para el servicio de recolección de basuras, disminuyendo esta última si se compara con el año 2011, en donde la cobertura era total. Para el servicio de energía, se presentó una cobertura del 99,9% y para el gas natural del 48,2%, siendo la cobertura más baja a nivel distrital en este último rubro. De otro lado, el 54,3% de los hogares cuentan con servicio de internet, ya sea por conexión fija o móvil.

5.3.7 Condiciones de la vivienda. Frente a las condiciones habitacionales, el 3,3% de los hogares de la localidad presenta déficit cuantitativo de vivienda, es decir, “[...] habitan en viviendas particulares que presentan carencias [...] y por tanto requieren una nueva [...] o mejoramiento o ampliación de la unidad habitacional en la cual viven” (37); y ello se debe, fundamentalmente, al deterioro arquitectónico que registran las construcciones de vieja data, aunado a las condiciones de hacinamiento que se presentan en algunas zonas.

De otro lado, al revisar la proporción de viviendas con problemas de inseguridad en el entorno, se tiene que ésta bajó del 79,5% en el 2011 al 62,2% en el 2014 a nivel local (30), lo cual es significativo si se tiene en cuenta que esta problemática juega un papel importante en el proceso de salud-enfermedad de la población local.



5.3. 8 Sistema de salud. El 90,4% de la población local (n=22.116) están afiliados al régimen de seguridad social, de los cuales el 64,3% (n=14.224) pertenecen al régimen contributivo, el 32,0% (n=7.070) al régimen subsidiado, el 3,1% (n=681) al régimen especial y el 0,7% (n=141) no tienen claridad frente a su estado actual de afiliación. De lo anterior se evidencia que el porcentaje de afiliación al régimen contributivo es el predominante dentro de la población local, siendo una condición determinante para el proceso de salud-enfermedad de los habitantes, lo cual permite o no la prestación y atención de los servicios de salud de una manera oportuna eficaz y con calidad.

5.3.9 Tasa de ocupación y desempleo. Para el año 2011, la tasa global de participación de la localidad es de 61,1, cifra que se corresponde con la media distrital, lo que indica que el 61.1% de la población en edad de trabajar (con 12 o más años de edad) se encontraba económicamente activa, es decir, estaba trabajando o estaba buscando trabajo. Por sexo, esta tasa para los hombres equivale al 66,9% y para las mujeres al 54,7%; evidencia de brechas relacionadas con el empleo y empleabilidad en razón del sexo (38).

Por su parte, la tasa de ocupación local para el mismo año corresponde a 55,3, proporción de la población en edad de trabajar que se encontraba efectivamente ocupada; en hombres el nivel de ocupación equivale al 61.3%, mientras en las mujeres alcanza el 48,8% (38). Como para el año 2011 no se cuenta con la tasa de ocupación de la localidad por etapa de ciclo vital, se acude a la Encuesta de Calidad de Vida de Bogotá de 2007 que desagregó el indicador por grupos de edad y, según el cual las tasas de ocupación más altas se concentran en los grupos de edad de 25 a 44, 45 a 64 y de 18 a 24 (ver Tabla 4) (39).

Tabla 4. Tasa de ocupación por grupos de edad, localidad La Candelaria, 2007

GRUPO DE EDAD	POBLACIÓN OCUPADA	TASA DE OCUPACIÓN
10 a 17	46	1,76
18 a 24	1.078	38,72
25 a 44	4.778	70,28
45 a 64	2.967	56,18
65 y más	304	16,60
TOTAL	9.173	47,53

Fuente: Equipo ASIS con datos de la Encuesta de Calidad de Vida Bogotá, 2007.

Si bien la tasa de ocupación por grupos de edad refleja que la población adulta joven es la que reporta los niveles más altos de ocupación, las condiciones en que esta se da no son las más idóneas. En este sentido, para el 2007 La Candelaria se caracteriza por ser la quinta localidad donde se presenta la mayor frecuencia relativa asociada al empleo ocasional, después de Rafael Uribe Uribe, Ciudad



Bolívar, Santa Fe y San Cristóbal (40). Así mismo, la localidad registra el tercer índice de informalidad más alto del distrito, siendo este del 0,453, el cual está por debajo de los calculados para las localidades Santa Fe y Ciudad Bolívar en 0,465 y 0,457 respectivamente (40).

De otro lado, para el año 2011 el 9,4% de la población local económicamente activa se encontraba sin empleo, cifra superior a la promediada para el distrito, que corresponde a 8,6. Así, La Candelaria es la localidad con la séptima mayor tasa de desempleo de Bogotá (38); que desagregada por sexo, es superior en las mujeres frente a la de los hombres, las cuales se calcularon en 10,8 y 8,3 respectivamente. Al desagregar este indicador por jefes de hogar, se identifica que la tasa local equivale a 6,1, la segunda más alta de Bogotá, que en mujeres se incrementa a 8,8, mientras para hombres se reduce a 5,6, poniendo de relieve las condiciones de vulnerabilidad e inequidad vinculadas con el sexo a la hora de acceder al empleo.

5.3.10 Pobreza monetaria. El porcentaje de personas que para el año 2014 estuvieron por debajo de la línea de pobreza es decir personas pobres en la localidad La Candelaria fue del 15,9% correspondiente a 3900 personas y para el caso de pobres extremos el 5% es decir 1228 individuos. Cabe anotar que este comportamiento se relaciona con los estratos 1 y 2, debido a su baja capacidad de ingreso para suplir las necesidades básicas y su capacidad de gasto.



5.4. ZONAS CRÍTICAS

Teniendo presente que la localidad es la única en el distrito con una UPZ y que, por tal razón, los datos e información que sustentan lo contextos territorial, demográfico y socioeconómico antes descritos responden a esa estructura territorial, se hace necesario reconocer que, estas características aunadas a la menor concentración de población de la ciudad, presentan en su interior diferencias en términos poblacionales y socioeconómicos que ameritan su revisión y abordaje.

En este sentido, se acude a la unidad espacial propuesta desde el accionar territorial de la Secretaría Distrital de Salud que media entre la UPZ y el barrio: el microterritorio; espacio en el cual se ha realizado lectura de eventos de interés en salud pública y de los contextos que los acompañan mediante abordajes e intervenciones registradas en documentos como el informe semestral de indicadores 2014 y el atlas de salud pública, en elaboración, que aportan al análisis de situación de salud a nivel microterritorial y propician un balance de la información sanitaria y socio-ambiental disponible bajo el mismo rasero.

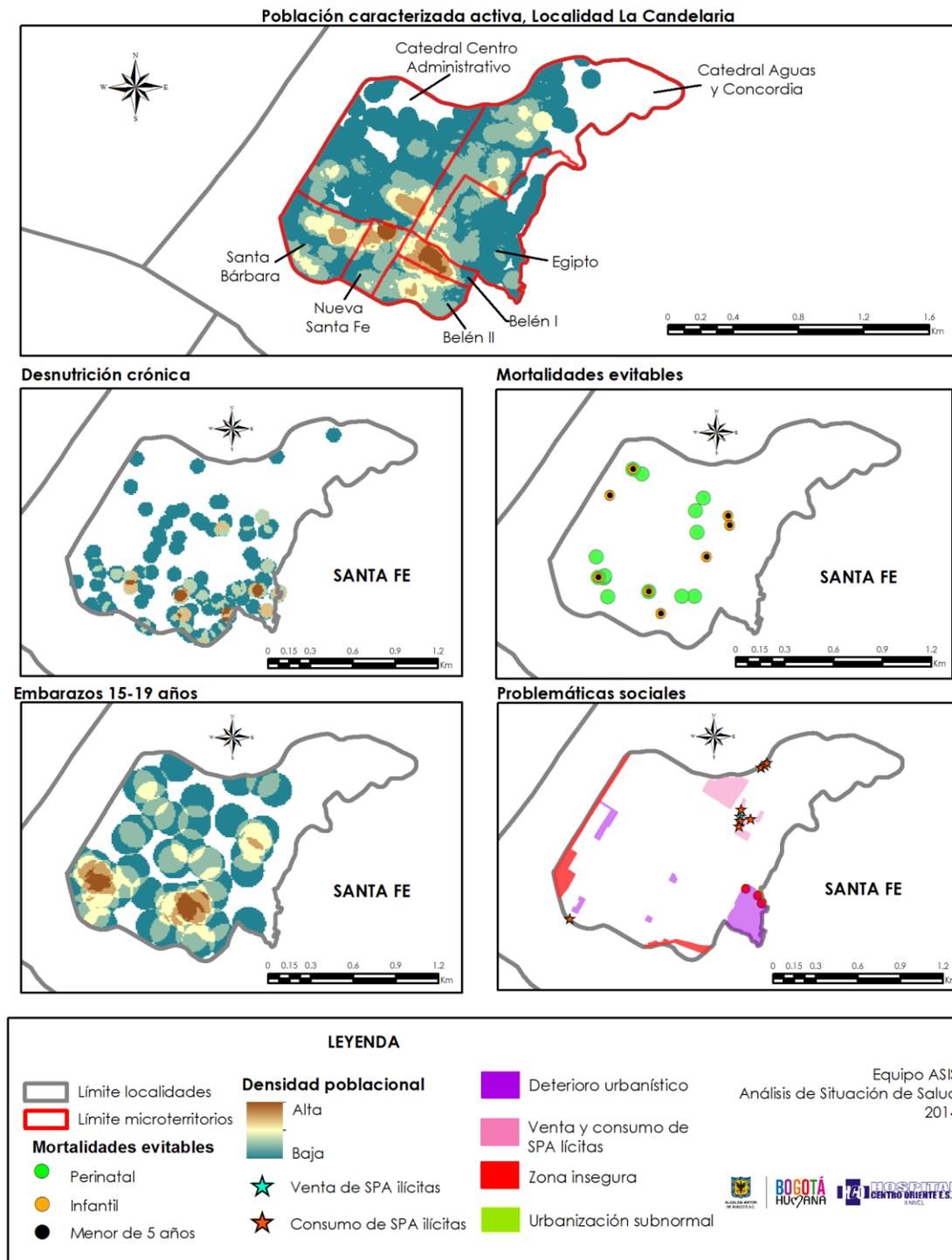
La georreferenciación de algunos indicadores relacionados en los citados documentos plasmada en el Mapa 4, permite identificar que la mayoría de población residente en la localidad se ubica hacia el sur, en los microterritorios Belén I, Belén II, Nueva Santa Fe, Santa Bárbara y al costado suroriental de Catedral Centro Administrativo; lo que se explica en parte por la predominancia de actividades administrativas y académicas hacia el norte de la misma. En coherencia con ello, los casos de desnutrición crónica y nacimientos en mujeres entre 15 y 19 años se ubican en estas áreas; aunque se registra ubicación de casos de mortalidades evitables ocurridas durante el año 2014, hacia el norte, en los microterritorios Catedral Centro Administrativo y Catedral Aguas y Concordia.

Condiciones similares se presentan al considerar las situaciones sociales identificadas, toda vez que las zonas inseguras y las áreas que presentan deterioro urbanístico se localizan en los extremos oriental y occidental de la localidad, aunque se reporta un foco de consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en la zona limítrofe entre los microterritorios Catedral Centro Administrativo y Catedral Aguas y Concordia.

En este contexto, se proponen acciones de observación, acompañamiento y abordaje a los microterritorios Santa Bárbara, Belén I, Belén II y la parte oriental de Egipto, puesto que se configuran como zonas en condiciones críticas de salud, dada la concentración poblacional que representan y la persistencia de problemáticas en salud y sociales. No obstante lo anterior, el sector central de Catedral Centro Administrativo y de Catedral Aguas y Concordia deben ser monitoreados permanentemente, en razón del alto flujo de personas que se presenta a diario por razones administrativas e institucionales, lo que también implica atención a algunas necesidades en salud.



Mapa 4. Identificación de zonas críticas, localidad La Candelaria



Fuente: Equipo ASIS con datos de la IDECA, 2013; Atlas de Salud Pública, 2015 e Informe Anual de Indicadores, 2014



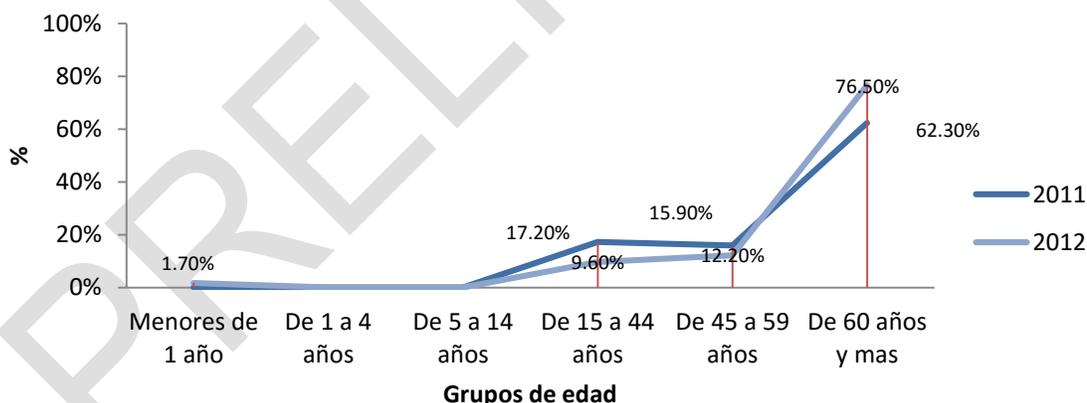
6. CAPÍTULO 2. ANALISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS

6.1 MORTALIDAD

6.1.1 Mortalidad general. La tasa de mortalidad durante el año 2012 fue de 4,1% representando 114 muertes; al realizar la desagregación por grandes grupos de edad se observa que el 76,3% (n=87) corresponde a hombres y mujeres mayores de 60 años; el 12,2% (n=14) a población entre 45 a 59 años de edad; 9,6% (n=11) de las mortalidades corresponden a hombres y mujeres entre 15 a 44 años y el 1,7%(n=2) restante corresponde a niños y niñas menores de 1 año.

Al realizar el comparativo de las mortalidades generales con respecto a lo reportado en 2011 y como se observa en la Figura 11, los mayores porcentajes se ven reflejados en población mayor de 60 años; para población adulta entre 45 a 59 años durante 2012 se da una disminución en 3,7 puntos porcentuales con respecto al año inmediatamente anterior; para el año 2012 en el grupo de 15 a 44 años de edad se reducen los casos de mortalidad en 7,6 puntos porcentuales. Se reportan 2 casos de mortalidades en menores de 1 año lo que representa en el año 2012 un porcentaje de 1,7.

Figura 11. Comparativo porcentual, mortalidades 2011 y 2012, localidad La Candelaria



Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación DANE octubre 31 del 2014).

Dentro de las diez primeras causas de mortalidades generales por grupos de edad, las cuales se resumen en la Tabla 5, en niños menores de 1 año se observan mortalidades por trastornos respiratorios, la población entre 15 y 44 años presenta un mayor número de mortalidades por agresiones, homicidios y secuelas, y por VIH, mientras que las principales causas de mortalidad de los 45 años en adelante se deben a VIH (SIDA) y a patologías isquémicas del corazón



Tabla 5. Primeras causas de mortalidad general, distribución por grupos de edad. Localidad La Candelaria. 2012

Grupo de edad	Causa	Número de casos
Menores de 1 año	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	2
De 15 a 44 años	Agresiones (homicidios) y secuelas	2
	Enfermedad por VIH (SIDA)	1
	Tumor maligno de la vesícula biliar y de las vías biliares	1
	Neumonía	1
	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	1
	Insuficiencia renal	1
	Accidentes de transporte de motor	1
De 45 a 49 años	Enfermedad por VIH (SIDA)	2
	Tumor maligno del estómago	2
	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	
	Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	2
	Tumor maligno de la mama de la mujer	1
	Tumor maligno del cuello del útero	1
	Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	1
	Enfermedades isquémicas del corazón	1
De 60 años y mas	Enfermedades isquémicas del corazón	12
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	8
	Diabetes mellitus	7
	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	3
	Neumonía	3
	Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal	3
	Enfermedades del hígado	3
	Insuficiencia renal	3
	Tumor maligno de la próstata	2
	Enfermedades hipertensivas	2

Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE octubre 31 del 2014).



Al realizar un comparativo de mortalidades por sexo, se observa que de las 114 muertes ocurridas en el año 2012, el 57,8% (n=66) correspondieron a hombres. Como se observa en la Tabla 6, al considerar las principales las enfermedades isquémicas del corazón representan la tasa por cada 1000 habitantes más alta en población masculina con 70,7 seguida de enfermedades crónicas de las vías respiratorias con una tasa de 39,3; en tanto para la población femenina la tasa de mortalidad más alta se reporta por diabetes mellitus con 46,7, seguida de enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 35,0.

Tabla 6. Causas de mortalidad clasificadas por género, localidad La Candelaria, 2012

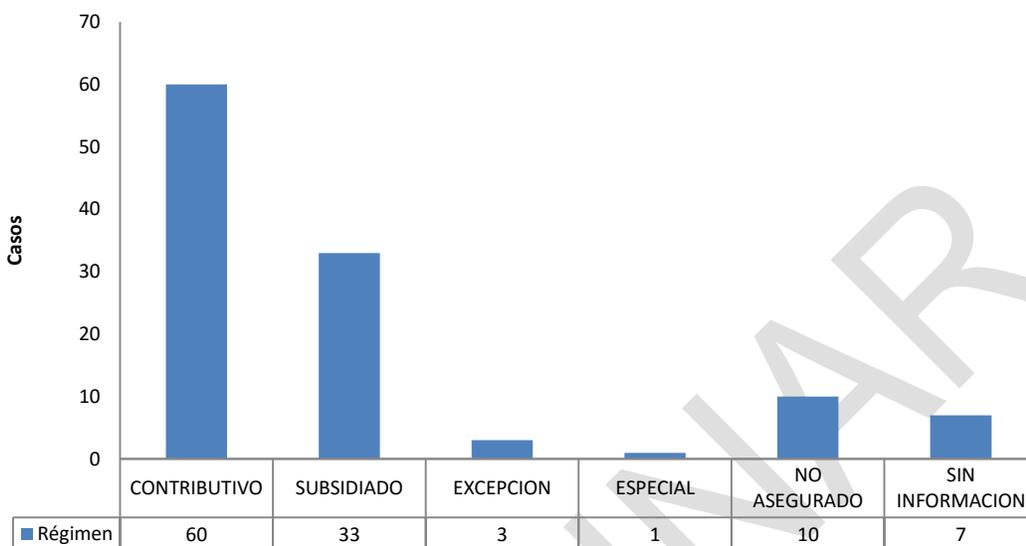
Hombre			Mujer		
Causa	%	N°	Causa	%	N°
Enfermedades isquémicas del corazón	13,6	9	Diabetes mellitus	10,4	5
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	7,6	5	Enfermedades isquémicas del corazón	8,3	4
Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	6,1	4	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	6,3	3
Enfermedad por VIH (SIDA)	4,5	3	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	6,3	3
Tumor maligno del estómago	4,5	3	Tumor maligno de la mama de la mujer	4,2	2
Enfermedades del hígado	4,5	3	Neumonía	4,2	2
Insuficiencia renal	4,5	3	Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal	4,2	2
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	3,0	2	Enteritis, colitis no infecciosa y otras enfermedades de los intestinos	4,2	2
Tumor maligno de la próstata	3,0	2	Tumores malignos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	2,1	1
Diabetes mellitus	3,0	2	Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	2,1	1
Resto de causas	45,5	30	Resto de causas	47,9	23

Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación DANE octubre 31 del 2014).

La Figura 12 muestra el comportamiento de las mortalidades según el régimen de afiliación, en donde se observa que para el año 2012 se presentaron 114 muertes, el 52,6% (n=60) de las cuales corresponden a personas afiliadas al régimen contributivo y el 28,9% (n=33) al régimen subsidiado; lo que es coherente con la manera en que se distribuye la afiliación al SGSS de la población general local.



Figura 12. Casos de mortalidad según régimen de afiliación, localidad La Candelaria, 2012



Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación DANE octubre 31 del 2014).

6.1.2 Mortalidades evitables. Esta categoría comprende aquellos eventos que se considera están altamente relacionados con la atención en salud, en detección oportuna y tratamiento adecuado, en cada caso.

Comprende la mortalidad materna, que durante el año 2014 no reportó ocurrencia en la localidad. Por su parte, en la mortalidad perinatal se observa un aumento de cuatro casos para el año 2014 frente al año anterior, lo que unido al tamaño de población local, representa un incremento de la tasa de 17,6 en 2013 a 26,4 por mil nacidos vivos en 2014 y dista sobremanera de la meta distrital establecida en 15 por mil nacidos vivos (ver Figura 13). Así mismo, durante los años 2010 a 2014 las tasas de mortalidad perinatal local superan las tasas distritales, a excepción del año 2010 donde la tasa local estuvo por debajo de la del distrito en cerca de siete puntos porcentuales. Al estimar la diferencia relativa a nivel local y distrital se observa que para La Candelaria se redujo en 7,3% la prevalencia de la mortalidad perinatal del año 2010 al 2014, mientras que a nivel distrital la reducción fue del 62,0%.



Figura 13. Tasa de mortalidad perinatal, comparativo distrital y local. Años 2010 al 2014



Fuente 2010-2012: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS - Preliminar 2013.

Fuente 2013-2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

Durante el 2014, se reportaron ocho casos de muertes infantiles frente a un total de 408 nacimientos, cinco más que el año anterior, lo que representa una tasa de 19,6 por mil nacidos vivos; por encima de la cifra distrital, definida en 8 por cada mil nacidos vivos.

Como se puede observar en la Figura 14, a nivel local el comportamiento es fluctuante con tendencia al aumento a partir del año 2012, mientras que a nivel distrital las tasas han ido disminuyendo entre los años 2010 y 2014. Al calcular la diferencia relativa a nivel distrital y local, se evidencia que en Bogotá la tasa de mortalidad infantil entre los años 2010 y 2014 se redujo en 19%, mientras que a nivel local, durante el mismo periodo de tiempo, se aumentó en cerca del 80%.



Figura 14. Tasa de mortalidad infantil, comparativo distrital y local. Años 2010 al 2014



Fuente 2010-2012: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS - Preliminar 2013.

Fuente 2013-2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar.

Finalmente, durante el año 2014 se presentaron ocho casos de muertes en menores de 5 años, cuatro más que los reportados el año anterior, lo que equivale a una tasa de 67,0 por cada diez mil habitantes menores de 5 años y que lo ubican muy por encima de la meta distrital planteada en 15,7 por diez mil menores de 5 años.

Una vez generado el análisis epidemiológico de los eventos de mortalidad materna, infantil y en la niñez, es importante identificar las desigualdades e inequidades en salud generando un análisis desde el enfoque de los determinantes sociales, teniendo en cuenta las condiciones presentes en el contexto nacional y local que afectan determinados grupos humanos.

Como determinantes estructurales que influyen en las condiciones de vida y salud de la población y que determinan el grado de afectación en la presentación de mortalidad en la infancia, se identifican aquellas condiciones asociadas a la inequidad de recursos, determinada por el modelo económico actual del país que genera ciertas brechas sociales en todas las escalas del territorio. Al respecto, "El crecimiento económico en casos donde las cifras de concentración de capitales y bienes de producción como la tierra, está cada vez más en un menor número de propietarios favorece a una mayor concentración de beneficios a sectores



reducidos de la población, lo que limita la participación de la economía y a la garantía de derechos que un estado debe reconocer a la sociedad” (41).

Dicha situación se refleja en la acumulación de riquezas de selectos grupos sociales, mediados por la estratificación social y el nivel de ingresos específicamente, que permite solo a un determinado grupo el acceso a servicios integrales en salud de alto costo, los cuales garantizan un servicio privilegiado y exclusivo, que depende de la capacidad de pago y la condición social.

Esta situación promueve condiciones de segregación y exclusión de grupos humanos vulnerables, sin acceso a recursos económicos que solventen las necesidades básicas, lo cual se asocia a las condiciones de pobreza extrema que en ocasiones son determinadas por el desplazamiento forzado, generando la migración de grupos indígenas, campesinos y población de escasos recursos económicos a las grandes ciudades en búsqueda de una protección estatal o mejorar sus ingresos; pero que a su vez ensancha los cinturones de miseria generando problemáticas sociales, debido a su asentamiento en zonas de vulnerabilidad y riesgo ambiental, afectando sus modos y condiciones de vida.

Para el nivel particular de la localidad La Candelaria, se han identificado situaciones de segregación social asociada al modelo económico imperante, donde la estratificación juega un papel fundamental en el acceso al mercado, al consumo de bienes y servicios que ofrecen algunas entidades privadas, limitando y reduciendo la equidad social y económica. Tal es el caso de aquellos barrios tradicionales como Santa Bárbara, Belén y Egipto, en los cuales la escasez de recursos económicos se ha acentuado con el tiempo en razón de las constantes presiones para lograr el éxodo de sus habitantes que, además, residen en edificaciones de vieja data y que, por lo general, amenazan ruina dadas la poca posibilidades de lograr su manutención como patrimonio arquitectónico.

A su vez, la distribución inequitativa de la riqueza se refleja en las condiciones de vida y salud de la población, que aunque en la localidad no se evidencia en términos de desplazamiento forzado, si se ve determinada por las condiciones económicas de pobreza de algunos grupos humanos, traducida en altos niveles de desempleo o empleo ocasional o informal.

De esta manera, las estructuras político-económicas generan afectaciones en la calidad de vida y de salud debido a la imposibilidad de acceder a servicios que garanticen un desarrollo integral del ser humano y que minimicen los riesgos propios de salud. Justamente, el ejercicio de la garantía de este derecho se ve limitado en ocasiones por barreras financieras y/o administrativas para acceder al sistema y que termina influyendo en el proceso de salud-enfermedad de la población, toda vez que la organización de la prestación de servicios diferentes al primer nivel de atención la estructuran las aseguradoras y está mediada por procesos de autorización y contratación que crean y recrean a dichas dificultades.



En la localidad La Candelaria es posible observar la afectación al proceso de salud-enfermedad que se genera por la presentación de barreras geográficas que complejiza el acceso a servicios de salud, puesto que la ubicación de la población más vulnerable en zonas más escarpadas implica, de entrada, dificultades expresadas en su tránsito y movilidad. Así mismo, la localidad no cuenta con servicios de segundo y tercer nivel de complejidad por lo cual las personas deben asistir a otras entidades de salud que se encuentran por fuera del entorno local. En el caso de algunas mujeres gestantes en condiciones de vulnerabilidad y pobreza, no cuentan con los recursos económicos básicos para una adecuada alimentación, aumentando los riesgos en el embarazo dado por la malnutrición.

De otra parte, en términos de aseguramiento de la población afectada, los regímenes contributivo y especial han ido ganando relevancia como variable de caracterización por lo cual se hace necesario considerar la ubicación cercana o distante y la accesibilidad de la red de atención para el primer nivel de complejidad, que es en donde se deben ejecutar las acciones de promoción y prevención, definidas en el sistema general de seguridad social en salud, esto es, el control prenatal, control de crecimiento y desarrollo y, de ser necesario, la referencia a otros niveles de complejidad.

Por otra parte, la implementación de políticas públicas a favor de la infancia y a la garantía de derechos de esta etapa de ciclo vital, en términos de seguridad alimentaria y nutricional, seguridad social y de salud a través de la promoción de estilos de vida y entornos saludables, se ha visto limitada en términos de implementación debido a la debilidad de las estrategias concebidas para ello en algunas zonas, sobre todo en aquellas caracterizadas por contextos violentos y de inseguridad.

Se observa un desconocimiento frente a las políticas públicas que garantizan el acceso a los servicios sociales y de salud por parte de la población local, debido a la dificultad en el acceso, la limitada oferta de los servicios, la falta de divulgación de acciones a la población más vulnerable de la localidad y la priorización de la búsqueda de ingresos económicos que suplan las necesidades familiares que reduce la participación en programas o proyectos que ofrece la alcaldía y algunas instituciones locales.

Adicionalmente, se evidencia una carencia en la participación de las poblaciones diferenciales, ya que la homogeneidad de los procesos propios del sistema de salud no permite una atención que reconozca sus particularidades. Por tal razón es importante minimizar la mirada excluyente de los procesos estatales debido a que la cultura constituye y hace parte de la diversidad de un país. De igual manera, “Esta descontextualización de los estilos de vida está en la base de una práctica común en el campo de la salud, consistente en ubicar las razones de las enfermedades exclusivamente o predominantemente en las conductas de los individuos, sin tener en cuenta los determinantes sociales y culturales” (42).



Desde otra perspectiva, los imaginarios culturales de las poblaciones contribuyen y pueden reforzar la afectación de la salud expresada en malos hábitos de autocuidado, los cuales se reflejan en prácticas que van en contravía del bienestar de algunas poblaciones vulnerables como las mujeres gestantes y los niños. Tal situación se puede evidenciar en la concepción y el manejo de algunas maternas que, por ejemplo, no consideran prioritaria la lactancia materna para el desarrollo de sus hijos o, en razón de sus costumbres, tradiciones o imaginarios sociales, vincula la ingesta de alimentos complementarios en menores de 6 meses de edad aumentando riesgos asociados a la malnutrición.

6.1.3 Prioridades de mortalidad. Al realizar la revisión de la matriz de prioridades de mortalidad, para el año 2012 en la localidad La Candelaria (ver Tabla 7) las enfermedades isquémicas del corazón representan la mayor tasa de mortalidad tanto en hombres como en mujeres; si se comparan las cifras con el año inmediatamente anterior se puede observar una disminución de cerca del 40% de este tipo de mortalidades a nivel local. Al observar la tasa de mortalidad por esta causa a nivel distrital, supera a la local en cerca de 5 puntos porcentuales.

La segunda gran causa de mortalidad a nivel local está representada por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, la cual ha demostrado un descenso en el indicador si se compara con el año anterior. La cifra a nivel local durante el año 2012 supera en cerca de 9 puntos porcentuales al distrito.

Al considerar la mortalidad específica por subgrupos, en mujeres la mayor tasa de mortalidad se presenta por diabetes mellitus, cifra que aumentó cerca de cinco veces con respecto a 2011; en la población masculina la mayor causa de mortalidad está representada por las enfermedades isquémicas del corazón, cifra que se encuentra en aumento con respecto al año anterior.

En cuanto a las mortalidades materno–infantiles, se identifica un descenso marcado frente al año 2011 en los indicadores de las mortalidades perinatales, infantiles y menores de 5 años, pero al realizar un comparativo con las cifras distritales, a nivel local tan solo la mortalidad infantil está por debajo de las tasa distritales.



Tabla 7. Listado de prioridades de mortalidad, localidad La Candelaria

Causa de mortalidad		Tendencia a través del tiempo		Valor indicador en localidad	Valor indicador de referencia (Distrito)	
		2011	2012			
Mortalidad general por grandes causas	Enfermedades isquémicas del corazón	95.3	53.8	53.8	58.1	
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	49.7	33.1	33.1	24.4	
	Diabetes mellitus	NA	29.0	29.0	13.3	
	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	16.6	20.7	20.7	NA	
	Neumonía	20.7	16.6	16.6	11.9	
	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	NA	16.6	16.6	NA	
	Insuficiencia renal	NA	16.6	16.6	NA	
	Enfermedad por VIH (SIDA)	29.0	12.4	12.4	NA	
	Tumor maligno del estómago	NA	12.4	12.4	NA	
	Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal	NA	12.4	12.4	NA	
Mortalidad específica por subgrupo	Hombres	Enfermedades isquémicas del corazón	41.4	70.7	70.7	63.4
		Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	37.3	39.3	39.3	23.7
		Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	NA	31.4	31.4	NA
		Enfermedad por VIH (SIDA)	24.9	23.6	23.6	NA
		Tumor maligno del estómago	NA	23.6	23.6	14.2
		Enfermedades del hígado	NA	23.6	23.6	NA
		Insuficiencia renal	NA	23.6	23.6	NA
		Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	8.3	15.7	15.7	NA
		Tumor maligno de la próstata	NA	15.7	15.7	11.5
		Diabetes mellitus	NA	15.7	15.7	13.4
	Resto de causas	136.7	235.7	235.7	205.8	
	Mujeres	Diabetes mellitus	8.28	43.7	43.7	12.2
		Enfermedades isquémicas del corazón	53.8	35.0	35.0	53.1
		Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	8.3	26.2	26.2	NA
		Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	12.4	26.2	26.2	25.1
		Tumor maligno de la mama de la mujer	NA	17.5	17.5	NA
		Neumonía	8.28	17.5	17.5	11.6
		Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal	NA	17.5	17.5	NA
		Enteritis, colitis no infecciosa y otras enfermedades de los intestinos	12.4	17.5	17.5	NA
		Tumores malignos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	NA	8.7	8.7	NA
Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano		NA	8.7	8.7	NA	
Resto de causas	132.5	201.2	201.2	175.8		
Mortalidad materno - infantil	Perinatal	68.9	17.9	17.9	15.4	
	Infantil	19.7	5.2	5.2	11.9	
	Menor de 5 años	56.7	16.1	16.1	23.9	

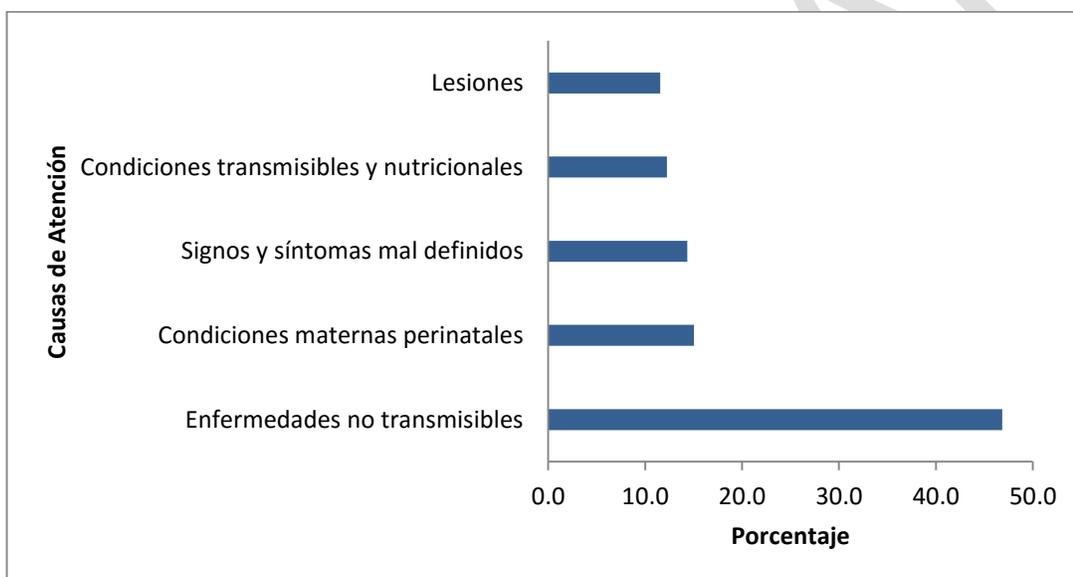
Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS - Preliminar 2013.



6.2 MORBILIDAD

6.2.1 Morbilidad atendida. A partir de los de los RIPS, y como se observa en la Figura 15, durante 2014 se atendió un total de 286 personas, el 46,9% (n=134) recibió atención por enfermedades no transmisibles, el 15% (n=43) por condiciones maternas perinatales, el 14,3% (n=41) tenía signos y síntomas mal definidos; el 12,2% (n=35) presentaba condiciones transmisibles y nutricionales; y el 11,5% (n=33) restante fueron atendidos por lesiones.

Figura 15. Morbilidad atendida según agrupación de causas, localidad La Candelaria, 2014

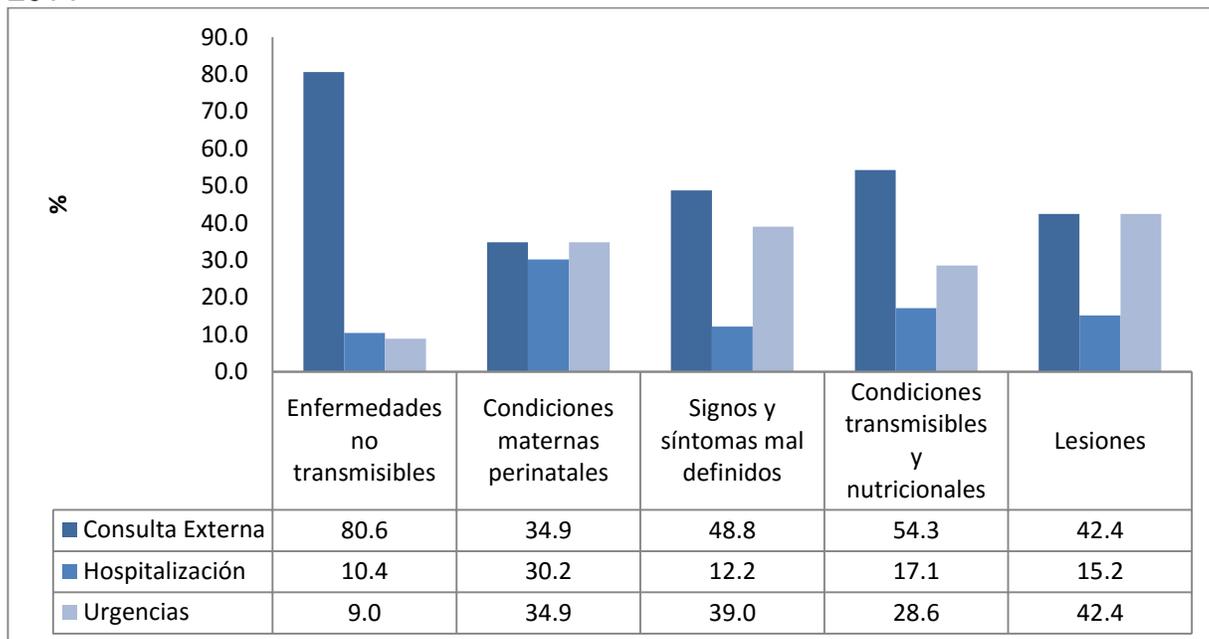


Fuente: RIPS, Secretaría Distrital de Salud, 2014, fecha de entrega 18 de agosto de 2015, fecha de revisión 4 de abril 2016.

Del total de atenciones en habitantes de la localidad La Candelaria y como se observa en la Figura 16, el 61,5% (n=176) se dio por consulta externa, seguida de urgencias con el 23,4% (n=67) y hospitalización con el 15% (n=43).



Figura 16. Porcentaje de atenciones por tipo de consulta, localidad La Candelaria, 2014



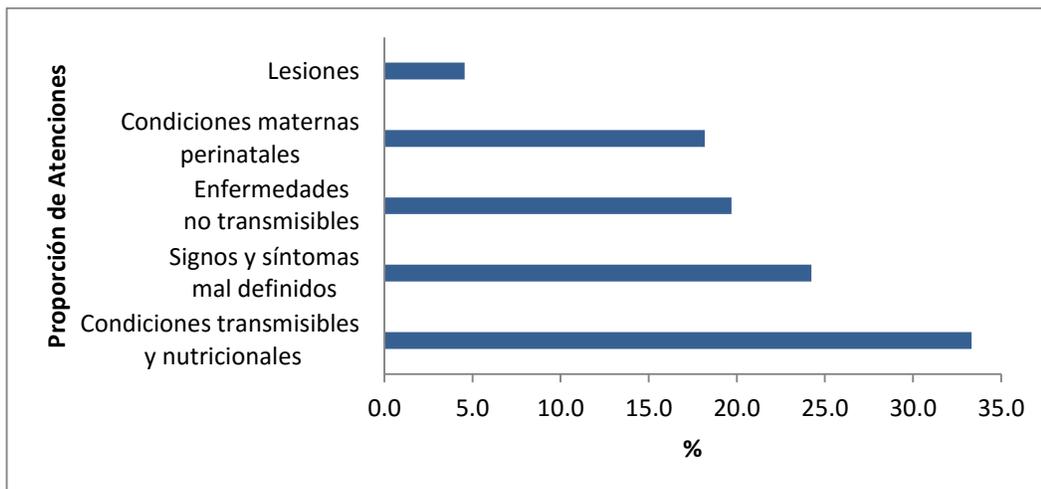
Fuente: RIPS, Secretaria Distrital de Salud, 2014, fecha de entrega 18 de agosto de 2015, fecha de revisión 4 de abril 2016.

6.2.1.1 Morbilidad atendida por etapa de ciclo vital.

- Infancia (0 a 13 años).** Las atenciones realizadas desde en la etapa de ciclo vital infancia representan el 23,1% (n=66); siendo las condiciones transmisibles y nutricionales la primera causa de atención en el año 2014 (ver Figura 17), representando el 33,3% (n=22) de las atenciones en este grupo de edad, seguidas de los signos y síntomas mal definidos que generaron el 24,2% (n=16), las enfermedades no transmisibles con el 19,7% (n=13), condiciones materna perinatales con el 4,5% (n=12) y el 4,5% (n=3) restante consultaron lesiones. En hombres y mujeres las atenciones se dieron en el mismo orden por causas.



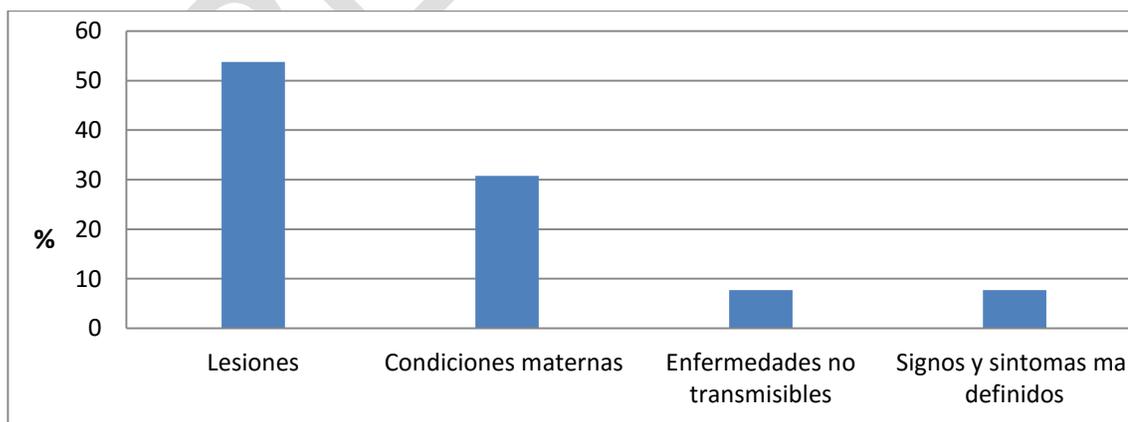
Figura 17. Atenciones en la infancia según causas, localidad La Candelaria, 2014



Fuente: RIPS, Secretaría Distrital de Salud, 2014, fecha de entrega 18 de agosto de 2015, fecha de revisión 4 de abril 2016.

- **Adolescencia (14 a 17 años).** Durante el 2014 las lesiones son la primera causa de atención en la población adolescente de la localidad, representado el 53,8% (n=7) del total de las atenciones en este grupo de edad, seguidas de las condiciones materno-perinatales con el 30,8% (n=4), mientras que las enfermedades no transmisibles y los signos y síntomas mal definidos equivalen al 7,7% cada uno (n=1), tal como se aprecia en la Figura 18.

Figura 18. Atenciones en la adolescencia según causas, localidad La Candelaria, 2014

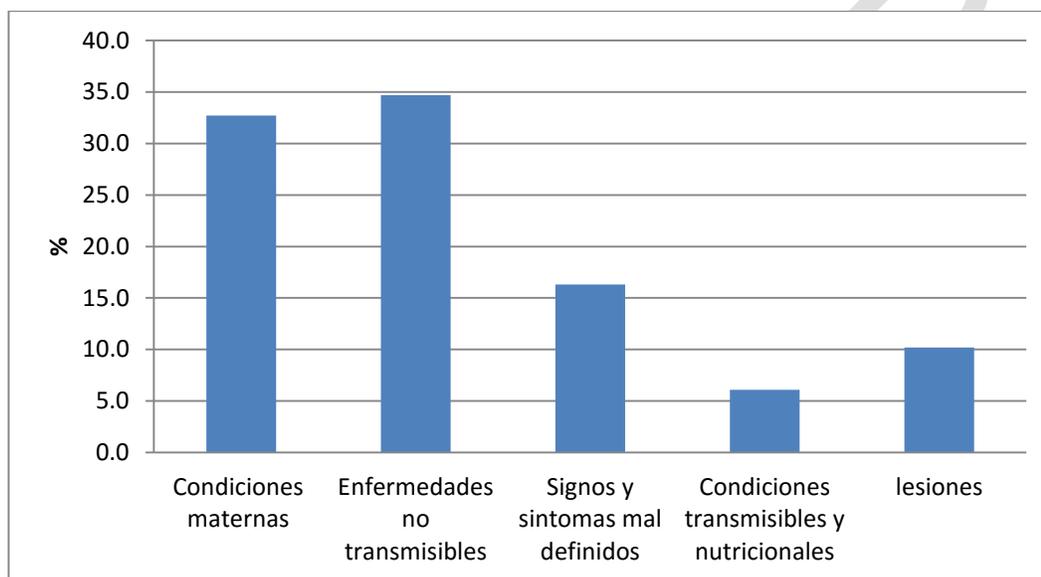


Fuente: RIPS, Secretaría Distrital de Salud, 2014, fecha de entrega 18 de agosto de 2015, fecha de revisión 4 de abril 2016.



- **Juventud (18 a 26 años).** Según se puede observar en la Figura 19, las enfermedades no trasmisibles han sido la primera causa de consulta en la población joven de la localidad La Candelaria durante el 2014 con el 34,7% (n=17), seguidas de consultas por condiciones materno-perinatales, lo que representó el 32,7% (n=16).

Figura 19. Atenciones en la población joven según causas, localidad La Candelaria, 2014

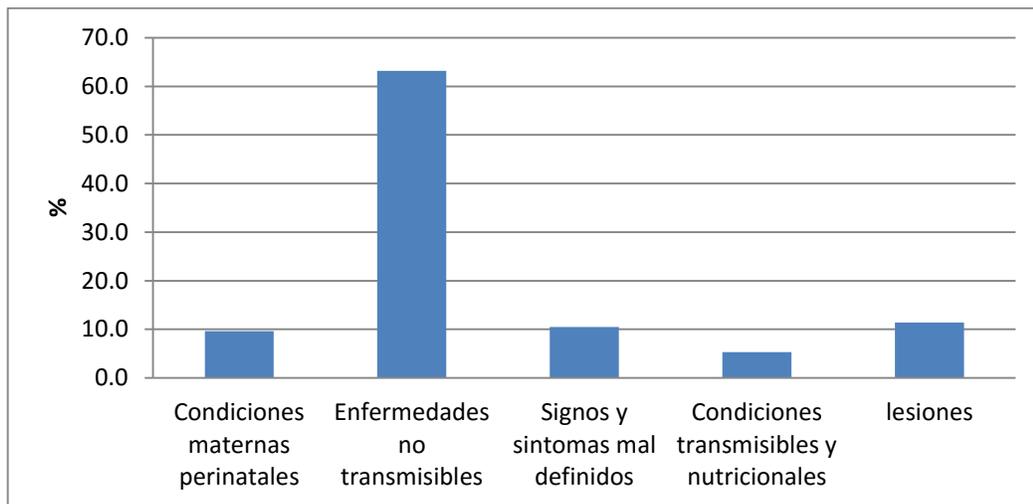


Fuente: RIPS, Secretaria Distrital de Salud, 2014, fecha de entrega 18 de agosto de 2015, fecha de revisión 4 de abril 2016.

- **Adulthood (27 a 59 años).** Las enfermedades no transmisibles han sido la primera causa de atención en adultos para el año 2014 representando el 63,2% (n=72) de las atenciones (ver Figura 20), seguidas de lesiones con el 11,4% (n=13), y signos y síntomas mal definidos con el 10,5% (n=12).



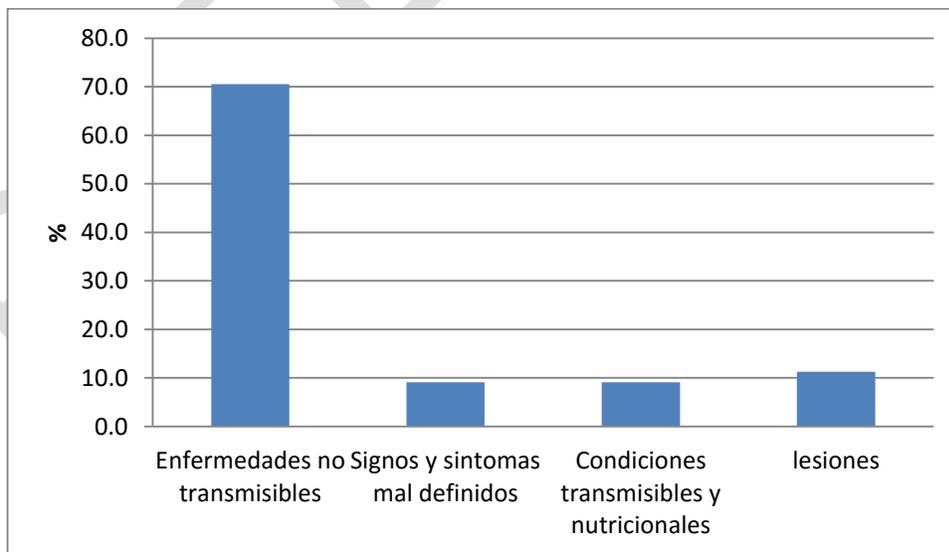
Figura 20. Atenciones en la adultez, según causas, localidad La Candelaria, 2014



Fuente: RIPS, Secretaria Distrital de Salud, 2014, fecha de entrega 18 de agosto de 2015, fecha de revisión 4 de abril 2016.

- **Vejez (personas de 60 años y más).** Del total de las atenciones en hombres y mujeres mayores de 60 años, el 70,5% (n=31) correspondió a enfermedades no transmisibles, seguido de lesiones con el 11,3% (n=5) (ver Figura 21). El 35,5% (n=11) de atenciones de enfermedades no transmisibles correspondió a población femenina, frente a un 64,5% (n=20) de población masculina.

Figura 21. Atenciones en persona mayor, según causas. La Candelaria 2014



Fuente: RIPS, Secretaria Distrital de Salud, 2014, fecha de entrega 18 de agosto de 2015, fecha de revisión 4 de abril 2016.



6.2.2 Eventos de alto costo. El Ministerio de Salud y Protección Social define las enfermedades ruinosas y catastróficas y los eventos en salud pública directamente relacionados con el alto costo, puntualizando sobre la ERC en fase cinco con la necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal, el cáncer de cérvix, el cáncer de mama, el cáncer de estómago, el cáncer de colon y recto, el cáncer de próstata, la leucemia mieloide aguda, el linfomas de Hodking, la epilepsia, la artritis reumatoide y la infección por VIH y SIDA.

En la actualidad los sistemas de información tanto nacionales como distritales no registran la información para todos los eventos.

6.2.2.1 ERC. De acuerdo con los datos de los RIPS emitidos por la Secretaría Distrital de Salud para 2014, se reporta un caso de ERC en fase cinco en paciente de sexo masculino cuyo rango de edad se establece entre los 60 a 69 años.

6.2.2.2 VIH. En la actualidad el SIVIGILA distrital recoge el número de casos notificados durante 2014. Para la localidad La Candelaria el evento 850 (Mortalidad por VIH/SIDA) reporta 10 casos, de los cuales el 80,0% se reporta en población masculina. De acuerdo con los datos de los RIPS emitidos por la Secretaría Distrital de Salud, para 2014 se reporta un caso de un hombre entre 45 y 59 con enfermedad por VIH.

6.2.3 Eventos precursores.

6.2.3.1 Hipertensión Arterial. Según base RIPS 2014 emitida por la Secretaria Distrital de Salud, para la localidad La Candelaria se reporta un total de 5 casos de Hipertensión Esencial Primaria, de los cuales el 60,0% (n=3) se registra en hombres.

6.2.3.2 Diabetes Mellitus. Para la localidad durante 2014 y según base RIPS, se registran un total de dos casos en población mayor de 60 años; realizando la desagregación por sexo se evidencia que el 100% de los casos se presenta en población femenina.

6.2.4 Eventos de notificación obligatoria. Durante el período comprendido entre los meses de enero a diciembre de 2014 se reporta un total de 552 eventos de notificación obligatoria para la localidad La Candelaria (ver Tabla 8); los reportes



más altos se evidencia por ETA con el 38,7% (n=214), seguida de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con el 17,0% (n=94).

Tabla 8. Casos de notificación obligatoria al SIVIGILA, localidad La Candelaria, 2014

Nombre	Número de casos	% Hombres	% Mujeres
Bajo peso al nacer	7	0	100
Defectos congénitos	7	42,9	57,1
Evento adverso seguido a vacunación	1	0	100
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	94	63,8	36,1
Hepatitis A	4	100	
Hepatitis B, C y coinfección B-D	5	80	20
Enfermedad similar a influenza-IRAG	7	71,4	28,6
IRAG inusitado	17	94,1	5,9
ETA	214	53,8	46,2
Intoxicación por plaguicidas	3	66,6	33,3
Intoxicación por medicamentos	11	45,4	54,5
Intoxicación por solventes	4	50,0	50,0
Intoxicación por monóxido de carbono	2	50%	50%
Intoxicación por SPA	13	76,9	23,1
Lesión por artefacto explosivo	1	100	0
Cáncer infantil	3	33,3	66,6
Morbilidad materna extrema	10	0	100



Nombre	Número de casos	% Hombres	% Mujeres
Mortalidad perinatal y neonatal	5	0	100
Mortalidad por IRA	3	66,6	33,3
EDA por retrovirus	4	25,0	75,0
Parotiditis	13	23,1	76,9
Rubeola	3	66,6	33,3
Síndrome de rubeola congénita	2	50	50
Sarampión	4	75,0	25,0
Anomalías congénitas	5	60,0	40,0
Sífilis congénita	1	0	100
Sífilis gestacional	1	0	100
Tosferina	8	50,0	50,0
Tuberculosis	4	75,0	25,0
Varicela individual	86	53,4	46,5
VIH/SIDA mortalidad por SIDA	10	80,0	20,0
Total	552	55,4	44,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos puestos por Secretaria Distrital de Salud, localidad La Candelaria. Fecha de consulta 28 de agosto de 2014.



6.2.5 Prioridades de morbilidad. Otros dolores abdominales y los no especificados es la primera de las diez causas de morbilidad en la población de la localidad La Candelaria, cuya tasa indica que por cada 1000 habitantes 52 consultan por este tipo de enfermedades. Al consolidar la información por grandes causas, se observa que las enfermedades no transmisibles representan la mayor atención a los habitantes de la localidad (ver Tabla 9).

Las enfermedades de alto costo, que representan una alta complejidad en el manejo y tratamiento, para la localidad La Candelaria están determinadas por un caso de ERC en fase cinco, y un caso de VIH-SIDA, que representan unas tasas de 3.5 por cada 1000 habitantes, respectivamente.

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial son los dos eventos precursores presentes en la localidad con tasas de 7.0 y 17,5 respectivamente, cifras que están muy por debajo de las distritales.

Dentro de los eventos de notificación obligatoria por parte del SIVIGILA, para la localidad se evidencia que las ETA representan la mayor tasa a nivel local, seguidas de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.

Tabla 9 Listado de prioridades de morbilidad, localidad La Candelaria, 2014

Causas morbilidad		Valor indicador en la localidad	Valor indicador de referencia (Distrito)
Morbilidad General	Degeneración de sistemas múltiples	7.0	NA
	Otros dolores abdominales y los no especificados	52.4	14.8
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada	7.0	NA
	Ictericia neonatal, no especificada	17.5	NA
	Dolor pélvico y perineal	17.5	NA
	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	45.5	13.9
	Dolor en el pecho, no especificado	17.5	NA
	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	10.5	NA
	Hipertensión esencial (primaria)	17.5	NA
	Bronquiolitis aguda, no especificada	3.5	NA
	Atención materna por isoimmunización rhesus	17.5	NA
Morbilidad atendida	Condiciones transmisibles y nutricionales	12.2	11.4
	Condiciones maternas perinatales	15.0	5.5
	Enfermedades no transmisibles	46.9	55.7
	Lesiones	11.5	18.0
	Signos y Síntomas mal definidos	14.3	9.4



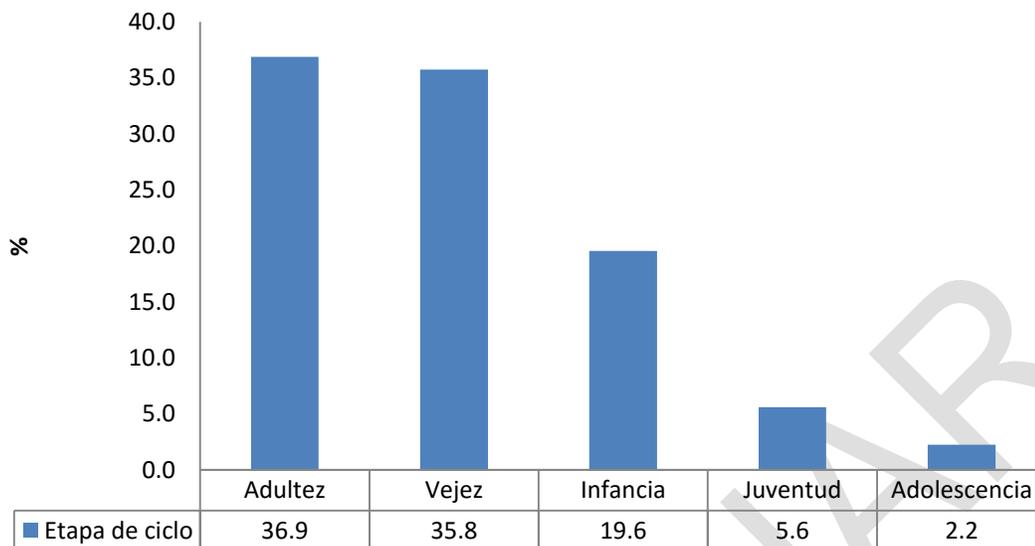
Causas morbilidad		Valor indicador en la localidad	Valor indicador de referencia (Distrito)
Eventos de alto costo	Enfermedad Renal Crónica	3.5	4.1
	VIH - SIDA	3.5	54.3
Eventos precursores	Diabetes Mellitus	7.0	67.1
	Hipertensión Arterial	17.5	32.9
Eventos de notificación obligatoria	Enfermedad transmitida por alimento o agua	38.7	17.7
	Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	17.0	12.3
	Varicela individual	15.5	24.6
	IRAG Inusitado	3.1	12.3
	Intoxicación por sustancias psicoactivas	2.4	12.6
	Intoxicación por medicamentos	2.0	11.5
	Morbilidad materna extrema	1.8	21
	VIH/SIDA mortalidad por SIDA	1.8	1.76
	Bajo peso al nacer	1.3	2.9
	Defectos congénitos	1.3	1.76

Fuente: RIPS, Secretaría Distrital de Salud, 2014, fecha de entrega 18 de agosto de 2015, fecha de revisión 4 de abril 2016.

6.3 DISCAPACIDAD

Según la base de discapacidad emitida por la Secretaría Distrital de Salud, para el 2014 se identificaron 179 personas con algún tipo de discapacidad en la localidad, de los cuales el 52,6% (n=94) corresponde a población femenina. Al realizar la desagregación por etapa de ciclo vital (ver Figura 22), la mayor parte de la población se encuentra concentrada en las etapa de ciclo vital adultez y vejez con el 72,7% (n= 130).

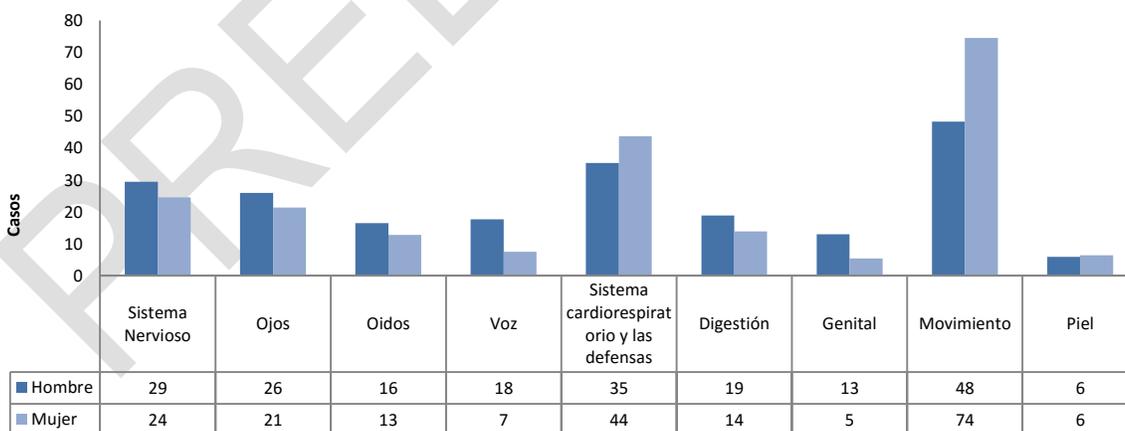
Figura 22. Personas con discapacidad por etapa de ciclo vital, localidad La Candelaria, 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la base de discapacidad, Secretaria Distrital de Salud, localidad La Candelaria, 2014.

Como se puede observar en la Figura 23 la alteración con mayor número de casos que se presenta en la localidad es la del movimiento, tanto en población masculina (22.7%) como femenina (20,9%), seguida de alteraciones del sistema cardiorrespiratorio y de las defensas.

Figura 23. Alteraciones de la población con discapacidad, localidad La Candelaria. 2014



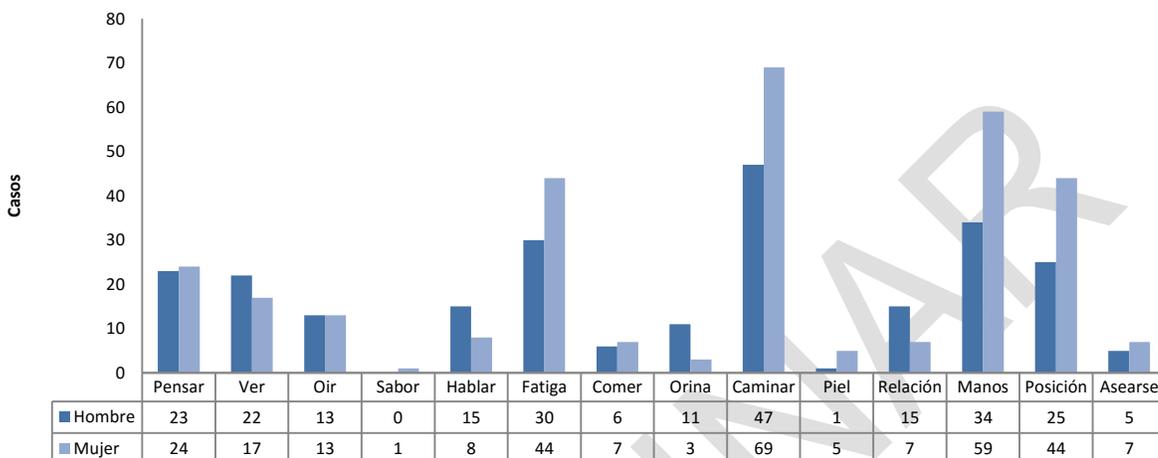
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de discapacidad, Secretaria Distrital de Salud, 2014.

La Figura 24 ilustra las dificultades de los habitantes con discapacidad de la localidad; tanto en hombres y mujeres, encontrando que aquella relacionada con caminar es la predominante con el 19,0 % (n=47) y 22,4% (n=69) respectivamente;



seguida de las dificultades en las manos, en donde un 13,7% afecta a hombres y 14,2% a mujeres.

Figura 24. Dificultades de la población con discapacidad, localidad La Candelaria, 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de discapacidad, Secretaria Distrital de Salud, 2014.

Haciendo un análisis desde las desigualdades e inequidades, las principales causas de morbilidad en la población son las condiciones prenatales, condiciones maternas y enfermedades no transmisibles, lo cual se ve directamente influenciado por los procesos económicos, sociales y del sistema de salud que en cierta medida se relacionan con aspectos del contexto, de la cultura y de los hábitos familiares que aumentan los riesgos de padecer enfermedades que pueden ser prevenibles en las diferentes etapas de ciclo vital.

Por una parte, las condiciones perinatales, juegan un papel fundamental en los procesos de crecimiento y desarrollo del niño desde su primer día de vida, razón por la cual es importante que el sistema de salud garantice los servicios prioritarios a madres lactantes y menores de un año, garantizando un proceso de salud con calidad en el transcurso de sus primeros años.

Algunas afectaciones en la salud de la población infantil se ve determinado por situaciones que han estado presentes antes durante y después del parto las cuales pueden ser las condiciones nutricionales, infecciones, o enfermedades hereditarias. Existen limitantes en el acceso a servicios para citas con especialistas para el control o detección temprana de enfermedades que puedan afectar la calidad de vida del niño ya que debido a barreras administrativas como la asignación de citas tempranas o la asignación y entrega de medicamentos de alto costo que reducen la calidad y la equidad en la cobertura a los servicios de salud.

De la misma manera y asociado a lo anterior se encuentra la falta de corresponsabilidad frente a la salud y a los controles del embarazo de mujeres en



condiciones de vulnerabilidad, que asociado a las costumbres familiares, cuando se presentan situaciones que requieren un control o seguimiento médico se usan remedios caseros que pueden generar riesgos en la salud tanto de la madre como del niño.

De otro lado, las limitaciones de servicios generan desigualdades sociales que aumentan notablemente las brechas de inequidad y la segregación social que desde lo estructural esta mediado por la estratificación y sectorización de zonas donde se hace más evidente la carencia de bienestar que en otros. Las condiciones de pobreza dadas por las situaciones de desplazamiento forzado limitan el acceso debido a la multifiliación y procesos de traslados de EPS de su lugar de origen a las ciudades.

Del mismo modo la situación económica de las poblaciones más vulnerables impide de cierta manera un derecho a la salud adecuado ya que el aseguramiento a una entidad prestadora de servicios de salud de tipo privado genera mayores costos los cuales en oportunidades no pueden ser cubiertos.

Por otra parte existen imaginarios sociales frente a los servicios de salud dado por la ineficiencia del sistema en la garantía de derechos para el acceso a servicios adicionales, los cuales están determinados por la asignación de pagos adicionales por parte de los usuarios para la asignación de exámenes, medicamentos de alto costo para el mejoramiento control y/o tratamiento de enfermedades.

Por otra parte, según el análisis epidemiológico de la morbilidad atendida se evidencia una gran incidencia en las afectaciones generadas durante la gestación específicamente en población adolescente y joven, lo cual se asocia al crecimiento de casos de embarazos a temprana edad. En relación con este tema, el acceso a los servicios para jóvenes y adolescentes se ven limitados debido a la falta de afiliación o el tránsito en los procesos de afiliación cuando se cumple la mayoría de edad afectando los seguimientos prenatales y controles médicos propios de la gestación.

De la misma manera, algunas barreras de carácter administrativo, relacionadas con la entrega de métodos de anticoncepción, no se suministra en el centro de atención, debido a la exigencia de pago por los anticonceptivos a los menores y la obligación de ser acompañados por un acudiente, o los trámites para su asignación, tienen implicaciones en la salud sexual y reproductiva lo que incrementa el desconocimiento a los derechos sexuales y reproductivos y aumenta los imaginarios negativos frente a los servicios de salud. Cabe mencionar que las altas tasas de desescolarización y la ausencia de políticas y programas encaminados al uso adecuado del tiempo libre, tienen un impacto directo en la ocurrencia de la situación y en la afectación de la salud.

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, se evidencia que existe una alta carga de factores que afectan a la población adulta y adulta mayor debido a los hábitos de vida que se llevan en el transcurso de la vida. En términos de



desigualdades en salud, se evidencian falencias significativas en el tratamiento de estas debido a la falta de conocimiento frente a los síntomas de la enfermedad adulta complejizándola y reduciendo la detección temprana para el tratamiento adecuado y efectivo de la enfermedad. “Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes ‘prematargas’ ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol” (43).

Asociado a los anteriores factores individuales, se ha identificado la asociación de las enfermedades crónicas con el envejecimiento de la población, la carga laboral, el sedentarismo, la influencia de la sociedad de consumo, genera modos y estilos de vida poco saludables, que se refleja en la presentación de enfermedades de tipo cardiovascular, diabetes e hipertensión poco reconocidas en la edad adulta principalmente.

Estas enfermedades también se asocian a las inequidades y desigualdades sociales que generan pobreza en algunos grupos sociales debido a su asociación con la reducción de gastos familiares que son asignados a satisfacción de necesidades más no a la reducción de dinámicas del contexto asociadas a la atención sanitaria. Se ha identificado que las poblaciones de bajos recursos económicos se ven más afectadas a las enfermedades y son menos corresponsables con su estado de salud debido a la influencia en términos de exposición de productos nocivos como el tabaco, comidas poco saludables y el limitado acceso a los servicios de salud.

Asociado a esto, están las desigualdades en la presentación de servicios para el tratamiento y control de las enfermedades de alto costo como el cáncer, la diabetes y enfermedades pulmonares ya que los costos son altos y debido a su prolongado tratamiento reduce la prestación del servicio de salud debido a las barreras financieras del sistema abocando estos tratamientos a pacientes con recursos para el pago.

6.4 EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

Como parte del análisis del perfil salud-enfermedad a escala local, y como complemento a la situación de salud descrita en los apartados previos en términos de morbilidad y mortalidad, a continuación se realiza una breve descripción del comportamiento de los eventos monitoreados por los diferentes sistemas y subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, con los cuales se pretende



complementar el panorama de análisis necesario para la identificación de prioridades y orientación de las decisiones en salud.

Tal como se observa en el Anexo 4, los eventos cuya cantidad de casos ha tendido a aumentar durante el quinquenio 2010-2014 corresponden, por grupo temático, a:

Transmisibles: las agresiones por animal potencialmente transmisores de rabia y los defectos congénitos, mientras que el VIH, la sífilis congénita y gestacional, la tosferina y la tuberculosis tienen un comportamiento errático;

No transmisibles: se destaca la prevalencia de la discapacidad en personas adultas y adultas mayores;

Estadísticas Vitales: se resalta la persistencia del bajo peso al nacer y el control y/o reducción de las mortalidades evitables y el embarazo en mujeres de 10 a 19 años de edad;

Salud oral: se destaca el crecimiento sostenido de los reportes de caries y gingivitis;

Violencia: se han incrementado los reportes de violencias física y sexual;

Seguridad alimentaria y nutricional: el sobrepeso y obesidad en el adulto mayor, mientras que en las gestantes se reportan tanto casos de obesidad como de bajo peso con alta frecuencia;

Conductas suicidas: aunque no se han presentado casos de suicidio consumado, los intentos han triplicado su frecuencia entre 2010 y 2014;

Urgencias y emergencias: salvo por la varicela, los eventos incluidos en este componente se han mantenido sin casos durante el quinquenio; y

Cambio climático: frente a los eventos atribuibles al cambio climático se destacan los encharcamientos, incendios y remoción en masa presentados en los años 2011 y 2012, mientras en 2014 solo hay un reporte de inundación y otro de incendio forestal.

6.5 INDICADORES POR DIMENSIONES PRIORITARIAS

Una vez identificadas las características territoriales, socioeconómicas, demográficas de la localidad, y el perfil salud-enfermedad de su población, a continuación se abordarán las áreas de observación por cada una de las dimensiones prioritarias planteadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, realizando una lectura de los hallazgos principales que, eventualmente,



podrían convertirse en una tensión que afecta la calidad de vida y salud de los residentes locales.

6.5.1 Salud ambiental. En el componente denominado Hábitat Saludable se destaca la cobertura casi total de servicios de agua, acueducto, alcantarillado y aseo; no obstante frente a esta última categoría, cabe anotar la presencia constante de residuos sólidos y líquidos asociada al alto flujo de transeúntes y a la mala disposición por parte de algunos zorreros, volqueteros, habitantes de calle y vendedores informales en algunos sectores de la localidad. El agua que se ofrece a la población, por su parte, es óptima en términos de calidad, pero los cuerpos de agua con los que cuenta el territorio se caracterizan por su canalización y contaminación; convirtiéndose en un tema sensible en lo que respecta a la calidad del ambiente.

Frente al espacio público, la localidad cuenta con el área *per cápita* más baja del distrito, lo cual se convierte en una problemática en la medida en que la población local, totalmente urbana, no cuenta con instalaciones recreativas y deportivas para suplir sus necesidades en este sentido; lo cual es paradójico si se considera que en la localidad se emplazan equipamientos del orden metropolitano como la Plaza de Bolívar.

Frente a la movilidad, se reconoce que la población local recorre las menores distancias en el distrito para acceder a sus sitios de trabajo, estudio o para hacer compras; sin embargo, cuando requiere desplazarse acude al transporte público, con lo que se incrementan los tiempos de viaje, en coherencia con tasas de motorización bajas, asociada a los bajos ingresos económicos de sus habitantes.

Aunque el déficit de la vivienda está por debajo del promedio distrital para el año 2014, la localidad se caracteriza por el deterioro arquitectónico que registran las construcciones de vieja data, aunado a las condiciones de hacinamiento que se presentan en algunas zonas, sobre todo en los barrios Santa Bárbara y Belén.

El riesgo biológico, por su parte, relacionado con las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, se reconoce como situación problemática a raíz de la sobrepoblación canina y felina en las calles y los cupos de esterilización asignados al hospital insuficientes; lo que, aunado a la ausencia de un censo de la población animal, incluyendo caninos, felinos, equinos, aves y otras especies, dificulta la planeación de campañas y programas que favorezcan el bienestar humano y animal. Evidencia de ello es el reporte de 90 casos de agresiones a humanos.

En términos generales, en la localidad se ha adaptado e implementado la legislación ambiental internacional, nacional y distrital, mediante la formulación del Plan Ambiental Local, con el que se priorizan y proyectan las acciones e inversiones de la gestión ambiental a ejecutar. De igual manera, se han adoptado las directrices del Reglamento Sanitario Internacional a través del Sistema de



Vigilancia en Salud Pública en cabeza del Hospital Centro Oriente y la Secretaría Distrital de Salud.

6.5.2 Convivencia social y salud mental. La salud mental es considerada como el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, habilidades dentro de los contextos sociales y familiares principalmente, razón por la cual su alteración puede generar el deterioro de la salud física, desarrollando enfermedades que pueden convertirse en crónicas si no se controlan a tiempo.

Dentro de las áreas de observación analizadas en esta dimensión es importante considerar la atención integral y diferencial a poblaciones que tienen algún grado de vulnerabilidad. No obstante, la complejidad de su abordaje implica que sus resultados no sean fácilmente cuantificables, aun cuando se vienen implementando acciones enfocadas hacia el acercamiento en los espacios de participación de esta comunidad, ya que es a través del vínculo y la narrativa construida donde emerge una verdadera atención integral en salud. En la localidad La Candelaria, según información de la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación, se han caracterizado un total de 536 víctimas del conflicto armado frente a 126.643 identificadas en Bogotá.

Desde el área de observación de “Gestión del riesgo individual y colectivo de los problemas y trastornos mentales, así como del impacto en salud mental de las diferentes formas de violencia”, se abren espacios para la detección de enfermedades mentales en la población estudiantil principalmente, aspecto que evidencia una segregación a otras etapas de ciclo vital, reduciendo el acceso prioritario de los servicios a poblaciones expuestas. Así mismo la atención frente a la salud mental presenta ineficiencias en su aplicabilidad debido al poco impacto que esta genera, ya que no hay un seguimiento efectivo por parte del sector salud.

6.5.3 Seguridad alimentaria y nutricional. Teniendo en cuenta las áreas de observación que profundizan la situación social y de salud en la localidad, se identifica que en La Candelaria se generan procesos de control a los establecimientos que distribuyen alimentos. Al respecto, desde el área de observación denominada “Modelo de inspección, vigilancia y control de alimentos y bebidas (Resolución 1229 de 2013)”, se han realizado inspecciones a plazas de mercado de la localidad y a establecimientos públicos donde se reporta que estos lugares se rigen bajo normas de sanidad para la venta y consumo de productos.

Desde los componentes ambientales de los equipos de Territorios Saludables, se han realizado inspecciones donde se han emitido conceptos sanitarios favorables que permiten evidenciar el cumplimiento de las normas de sanidad, reduciendo los riesgos ambientales y de salud para la población; sin embargo cuando se realizan inspecciones sanitarias en las plazas de mercado se reporta el incumplimiento de



algunos de estos lugares frente al bodegaje, distribución y venta de productos alimenticios de tipo perecedero principalmente. Así pues, se aplicó clausura temporal parcial a la plaza de La Concordia y a la plaza Rumichaca, debido a la proliferación de vectores plaga. De la misma manera se realizaron cinco visitas a comedores comunitarios de la SDIS ubicados en los Barrios Santa Bárbara, La Concordia y Centro Administrativo, obteniendo un concepto sanitario desfavorable, ratificados en primer semestre de 2015.

Dentro de los ejercicios de control y saneamiento básico, se han ejecutado en la localidad 309 conceptos favorables, 27 desfavorables, 574 en estado pendiente y 12 visitas en las cuales no se emitió concepto. Así mismo como medio de prevención y control se realizaron capacitaciones para 292 personas en comedores comunitarios, restaurantes y expendios de alimentos.

6.5.4 Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. En el marco de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos a la población, es importante abordar dentro de esta dimensión áreas de observación que garanticen el acceso a los servicios de salud enfocados a la prevención, control y detección de riesgos en la salud que deriven del ejercicio de la sexualidad en hombres y mujeres. En este contexto, durante el año 2014 se contó con un programa de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Centro Oriente que realizó procesos de prevención mediante la divulgación de los beneficios de la planificación familiar, tamizaje en VIH, infecciones de transmisión sexual y atención prioritaria a la mujer gestante. Así mismo se realizó la atención diferencial desde proyectos especiales con énfasis LGBTI a partir de asesorías desde el perfil de enfermería en temas de Salud Sexual y Reproductiva.

Los procesos críticos en términos de garantía de derechos se dan debido a esa falencia de integración intersectorial para la atención integral a la población, lo cual genera intervenciones segmentadas que no permiten una cobertura integral a la población, aumentando brechas de inequidad, limitación en los servicios, desconocimiento frente al ejercicio de exigibilidad de los derechos y el inadecuado direccionamiento de los servicios sexuales y reproductivos por parte de otros sectores. Todo lo anterior enmarcado en el área de observación “Garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género (intersectorial)”.

Según el análisis epidemiológico de mortalidades evitables, en el año 2014 aumentó la carga de muertes perinatales lo cual puede asociarse a los inadecuados procesos de seguimiento y control pre-concepcional, prenatal, del parto y del puerperio y la prevención del aborto inseguro, generando riesgos en la salud materno infantil. En esta medida es importante incrementar las acciones para el control y seguimiento del embarazo con un enfoque diferencial e integral, debido a que por no contar con una sede que atienda servicio de urgencias no se



atienden partos, generando una barrera de acceso evidente para la población local.

6.5.5 Vida saludable y enfermedades transmisibles. Las enfermedades transmisibles se generan debido a la contaminación ambiental o directamente al ser humano ya sea por vía aérea, contagio o infección. Dentro de las más conocidas se encuentran la tuberculosis, VIH, neumonías, entre otras, que afectan la calidad de vida y el bienestar de la población. Dentro de las dimensiones prioritarias, las enfermedades transmisibles juegan un papel importante en la medida en que su proliferación asociada a agentes contaminantes de tipo ambiental y del contexto, pueden alterar y propagar la enfermedad causando alerta sanitaria.

Desde el área de observación de “Carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo”, se han realizado acciones contundentes para mitigar la situación en zonas de vulnerabilidad, donde las cargas infecciosas provienen del hacinamiento, condiciones insalubres de la vivienda, vectores e inadecuados hábitos de aseo generalmente en la población infantil; es por esto que de acuerdo a los procesos de seguimiento e intervención del Hospital, a través de la implementación de programas como estrategias materno infantiles, se realiza apropiación conceptual de las 18 prácticas en AIEPI comunitario al ERI, madres comunitarias y docentes de jardines.

Desde las sedes asistenciales se realiza seguimiento a las ERA y desde el componente de Territorios Saludables se generan acciones de seguimiento a la vivienda. Pese a estos esfuerzos, se han identificado falencias en el control y seguimiento debido a la falta de corresponsabilidad de la población, la atención de los signos de alarma y las dificultades socioeconómicas que en ocasiones generan una barrera para acceder a los servicios de salud. Asociado a esto se ha identificado que el control de las enfermedades respiratorias se debe incentivar desde el hogar en términos de detección temprana, generación de alertas y asistencia al médico.

6.5.6 Salud pública en emergencias y desastres. En la localidad se reconocen las amenazas y riesgos derivados de su emplazamiento en el distrito, por lo que se dispone de un programa de Gestión Integral de Riesgos que está dirigido a la reducción de la vulnerabilidad ciudadana y del territorio frente a situaciones de emergencia y cambio climático. En este contexto, se realizan escuelas de líderes en gestión del riesgo y cambio climático con apoyo del Comité Local de Emergencias que opera en el territorio.

Por otra parte, el Hospital Centro Oriente cuenta con un componente de Urgencias y Emergencias al interior de Vigilancia en Salud Pública, que se ajusta a la reglamentación nacional e internacional, cuyo objetivo general es fortalecer el



soporte organizacional y técnico para dar respuesta oportuna a las urgencias y emergencias con impacto en la Salud Pública en el Distrito Capital, que permita el abordaje y contención de las mismas. Justamente, durante el año 2014 se presentaron 20 eventos, la mayoría de los cuales correspondieron a varicelas y ETA, los cuales fueron atendidos efectivamente.

De otro lado, se presenta como situación problemática el hecho según el cual la localidad no cuenta con bancos de sangre en su jurisdicción, ni con servicio de transfusión sanguínea, lo que se suma a la insuficiencia de componentes sanguíneos que presenta constantemente el distrito para atender situaciones de urgencia o emergencia.

6.5.7 Vida saludable y condiciones no transmisibles. Las enfermedades no transmisibles o enfermedades crónicas son asociadas a las condiciones ambientales y los hábitos inadecuados del individuo principalmente. Dentro del área de observación “Entornos Saludables” se han identificado procesos de promoción, vigilancia y control comunitario, realizados desde los COVECOM donde se abordan temáticas como hábitos saludables y corresponsabilidad frente a la salud.

La enfermedad general es la principal causa de discapacidad referida por la población, especialmente las personas mayores registradas y caracterizadas por parte del Hospital Centro Oriente ESE II Nivel, que a su vez se relaciona con inadecuados hábitos de vida en etapas del ciclo vital antecesoras a la vejez. De la misma manera, el área de observación “Carga de la enfermedad”, considera que las enfermedades crónicas son las primeras causas de muerte a nivel mundial, siendo uno de los principales problemas de salud pública.

6.5.8 Salud y ámbito laboral. Para la localidad La Candelaria se identificó que la mayor parte de su actividad económica está representada por los servicios administrativos, le sigue el sector de comercio formal, sector hotelero y otros sectores de la industria. Durante el año 2014 se identificaron y caracterizaron un total de 111 unidades de trabajo informal con establecimientos como fruterías, restaurantes, expendio de cárnicos, panaderías, peluquerías, litografías, cafés internet, venta ambulante y misceláneas.

Para el sector informal se evidencian actividades económicas en unidades de trabajo sin inscripción a Cámara de Comercio, ventas ambulantes, uso habitacional compartido con el trabajo, labores en plaza de mercado, reciclaje y pequeños bodegueros que desempeñan sus labores sin retribuciones salariales estandarizadas. Es común el pago a destajo por actividad realizada durante horas, días o semanas de acuerdo a la oferta del trabajo en lo local. Es evidente la presencia de menores de edad en actividades laborales, con factores de riesgo



que pueden alterar su normal crecimiento y desarrollo, afecciones en salud o accidentes con secuelas a causa de sus trabajos.

Dentro del contexto laboral en la localidad se evidencia que el 80,1% de los trabajadores informales de la localidad se encuentra afiliado al SGSSS, caso contrario a lo que ocurre con la afiliación a riesgos laborales.

No se evidencian actividades de fomento a la cultura preventiva y al contrario se reportan múltiples dolencias y afecciones a nivel osteomuscular, que presumen se derivan de su actividad laboral.

6.5.9 Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables. Dentro de los procesos de inclusión y desde el enfoque diferencial, es evidente la generación de acciones orientadas hacia la garantía de los procesos de salud en poblaciones étnica. Particularmente, en la localidad se han identificado como residentes a personas de los pueblos Inga, Wayuu, Uitoto, Kankuamo y Kamentsá principalmente, y en menor medida familias de los pueblos Yanacona; los cuales acuden al escenario local para desarrollar actividades informales tales como el trabajo doméstico, los trabajos temporales, el comercio y la venta ambulante.

En cuanto la salud, la mayor dificultad que presentan es el aseguramiento ya que desconocen el sistema de salud vigente en el Distrito, las rutas de atención y la falta de atención diferencial por medicina tradicional indígena. Para el año 2014 se atendieron en la sede La Candelaria un total de 92 personas indígenas, quienes accedieron a los servicios de salud en el Hospital Centro Oriente.

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

Teniendo en cuenta los hallazgos realizados en los capítulos uno y dos relacionados con el contexto local, las características demográficas y socioeconómicas, así como el perfil salud-enfermedad y el panorama explorado en cada una de las áreas de observación de las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021; el presente capítulo pretende identificar, valorar y validar aquellas presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población.

Para ello, se deben considerar inicialmente las implicaciones que tienen para la salud el tamaño, crecimiento, estructura, distribución y movilidad de la población (dimensión poblacional), las condiciones de la base ambiental (dimensión ambiental), la dinámica sociocultural (dimensión social) y la dinámica económica (dimensión económica) propias de la localidad, que para el nivel particular se plasman en el Anexo 5.



De acuerdo con los resultados obtenidos, se tiene que para La Candelaria resulta importante considerar el sostenido proceso de envejecimiento que se está presentando en la población, la prevalencia de enfermedades crónicas en hombres y mujeres, las marcadas limitaciones frente al espacio público efectivo y la infraestructura recreo-deportiva, las pronunciadas inequidades sociales y económicas, toda vez que en el escenario local se presenta uno de los ingresos *per cápita* más altos del distrito pero, al mismo tiempo, posee altísimos niveles de indigencia y pobreza, todo ello en consonancia con un coeficiente de Gini tendiente a 1.

En este contexto, el balance y cruce de los datos y la información colectada a lo largo del documento permitió la identificación de 12 tensiones que están afectando la salud de la población local, tal como se observa en el Anexo 6; cuatro de las cuales se ubican en la dimensión relativa a la seguridad alimentaria y nutricional, tres en el componente de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; igual número en convivencia social y salud mental, y las dos restantes en vida saludable y condiciones no transmisibles.



7.1. TENSIONES POR ETAPA DE CICLO VITAL

Por etapa de ciclo vital, se detectaron cuatro tensiones que afectan la salud de los infantes, relacionadas con tres grandes grupos temáticos, a saber: las violencias, los problemas nutricionales al nacer y los defectos congénitos; en los adolescentes se reporta el bajo peso en gestantes e intentos suicidas; mientras que en la población joven, además de las enunciadas para adolescentes, se identifican tensiones asociadas con la violencia física y sexual. Para población adulta las afectaciones en salud corresponden al sobrepeso y la obesidad en gestantes, las derivadas de la violencia física y de la discapacidad; en tanto los adultos mayores, además de esta última, reportan malnutrición por exceso.

Frente a lo expuesto, a continuación se realiza un abordaje específico de cada tensión mediante su descripción analítica, teniendo en cuenta el proceso de determinación social que afecta el estado de salud de cada grupo poblacional.

7.1.1 Etapa de ciclo vital infancia. Dentro de los ejercicios de análisis de las condiciones y situaciones que afectan a la población infante, se reconocieron una serie de tensiones en salud que los afectan y que dificulta o en ocasiones impide su adecuado desarrollo social, familiar e individual en las demás etapas de ciclo vital. De acuerdo con la Secretaria Distrital de Salud, esta etapa inicia desde el nacimiento y se prolonga hasta los 13 años, 11 meses y 29 días; y en ella resultan importantes las condiciones de cuidado, educación, aprendizaje y pautas de crianza, así como la apertura al mundo social como parte del desarrollo en las siguientes etapas de la vida, principalmente en la adolescencia, donde se construyen los procesos de identidad personalidad y reconocimiento social. De la misma manera, cualquier situación que genere cambios en el desarrollo del niño puede acarrear consecuencias a lo largo de su vida.

7.1.1.1 Tensión 1: violencia sexual en la etapa de ciclo vital infancia (5.2.4.1).

Esta tensión se construyó a partir de la identificación y análisis de los eventos notificados a los subsistemas de Vigilancia Epidemiológica de la ESE, donde se detectó un creciente número de casos de niños con edades entre los 3 y 12 años violentados sexualmente, que para el año 2014 representaron el 18,5% (n=5) del total de casos notificados.

Frente al contexto que acompaña este evento, se debe considerar que la violencia sexual es una de las situaciones que más afectan el bienestar integral del niño o niña, toda vez que tiene implicaciones complejas en su desarrollo físico, mental y social en términos de vulneración de sus derechos y limitaciones a su protección integral. A través del tiempo, esta situación se ha complejizado ya que según el ejercicio de análisis realizado, existen factores de tipo social y cultural que la agudizan tales como el desconocimiento de derechos sexuales y reproductivos por



parte de padres e hijos, así como la inadecuada educación relacionada con el autocuidado y la sexualidad responsable por parte de la población estudiantil. De otro lado, las situaciones asociadas a la negligencia y/o el abandono a menores de 5 años puede aumentar los riesgos de ser víctimas de violencia sexual en el hogar y/o en viviendas compartidas como inquilinatos, pagadarios y lugares donde conviven gran cantidad de personas. En términos generales, los casos de violencia sexual se reportan con mayor frecuencia en los barrios La Catedral, Centro Administrativo y Santa Bárbara.

7.1.1.2. Tensión 2: violencia física en menores de edad (3.2.1.1). Se ha identificado que la violencia física ha aumentado notablemente en la localidad durante el período analizado, al pasar de cinco casos en 2013 a 17 en 2014, involucrando principalmente a niños y niñas con edades entre 3 y 11 años; cuyo lugar de residencia reportado corresponde a los barrios Belén y Santa Bárbara para casos de violencia física en el hogar y en Centro administrativo para los casos de matoneo escolar. La determinación social principal de esta situación es de tipo cultural debido a la naturalización del castigo físico como una forma de educar o corregir a los niños y niñas en el contexto familiar, generándose básicamente como un determinante intermediario que se relaciona con las figuras de autoridad ejercidas por padres y/o cuidadores. Así mismo, se relaciona con dinámicas generacionales donde se infiere que un adulto que ha sido violentado en su infancia reproduce la misma conducta con sus hijos, ya que esta forma de corregir o educar suele ser naturalizada por la población.

Las afectaciones a la población infantil suelen ser complejas debido a las secuelas que dejan en el proceso de desarrollo y a la identificación de la violencia física como algo normal dentro de su contexto familiar, lo que puede generar afectaciones mentales como aislamiento, baja autoestima y temor a las diferentes formas de expresión de acciones propias de la infancia. Por otro lado se ha determinado que existen situaciones sociales que ocasionan violencia física en la población infantil, tales como las conductas de matoneo escolar que frecuentemente se generan por intolerancia a las diferencias entre niños y niñas, y se ocasiona generalmente por infantes que han sido violentados en el contexto familiar, lo cual replican en su contexto escolar.

7.1.1.3. Tensión 3: bajo peso al nacer (4.2.1.1). La población infantil en la localidad está afectada por un sostenido proceso de desnutrición que inicia en la gestación y que, de no ser afectada o mitigada adecuadamente, puede afectar su proceso de crecimiento y desarrollo a lo largo de la vida. En este sentido, las prevalencias de bajo peso al nacer por encima de la meta distrital fijada en menos del 10% según el Plan de Desarrollo Bogotá Humana al 2016, que en 2013 se calculó en 13,65% con 46 casos sobre un total de 337 nacimientos, y que en 2014 fue de 12,57% con 50 casos entre los 408 nacidos vivos reportados. La ubicación



de los eventos muestra que esta situación se presenta paralelamente en los barrios con predominio residencial caracterizados por situaciones de dependencia económica, informalidad laboral y variabilidad en el ingreso como Santa Bárbara Belén, San Francisco Rural y Egipto, así como en aquellos sectores puntuales donde las condiciones económicas son mucho más estables como la unidad residencial Nueva Santa Fe; de igual manera ocurre en aquellos barrios en los cuales se presenta uso mixto del suelo, tal es el caso de Catedral y Centro Administrativo.

Al respecto, se ha determinado que pese a que el bajo peso al nacer está asociado a diferentes situaciones que van desde las económicas, las cuales terminan por afectar el bienestar de las gestantes, hasta aquellas de tipo social intermediario que se relacionan con la falta de corresponsabilidad frente a los cuidados durante el embarazo y que de una u otra manera afectan las condiciones de desarrollo durante este período, ya que el niño no recibe los nutrientes adecuados para un bienestar integral desde el vientre de la madre.

De otro lado es importante evidenciar que determinantes estructurales como la inequidad de recursos económicos dificulta la satisfacción de necesidades básicas, como el acceso a la alimentación adecuada y ello se expresa en que algunos hogares donde se identifican situaciones de vulnerabilidad y pobreza frecuentemente no consumen los alimentos adecuados para una nutrición balanceada, debido a sus limitados ingresos económicos, los cuales no alcanzan a suplir las necesidades alimentarias mínimas para un desarrollo adecuado en el embarazo.

En este sentido, las implicaciones en la salud tanto de la madre como del niño tienen que ver con el inadecuado crecimiento del niño en las siguientes etapas del ciclo vital y marcadas afectación a su proceso de desarrollo físico, mental y cognitivo.

7.1.1.4. Tensión 4: defectos congénitos (5.2.2.1). Dentro de los ejercicios de análisis, se logra identificar que en la localidad los nacimientos con defectos congénitos han aumentado en un 500% al pasar de cero casos en el 2010 a cinco en 2014, con un pico de siete en 2013; la mayoría de los cuales reportan residencia en el barrio Centro Administrativo con siete casos, seguido por Santa Bárbara con tres, Las Aguas y Belén con dos cada uno, y Concordia con uno.

Esta situación se relaciona con causas biológicas así como complicaciones durante el embarazo y el parto, generando serias consecuencias en el desarrollo del niño. Al respecto, “Los defectos congénitos forman un grupo heterogéneo de trastornos de origen prenatal que pueden obedecer a la presencia de un solo gen defectuoso, a alteraciones cromosómicas, a una combinación de factores hereditarios, a teratógenos presentes en el medio ambiente o a carencias de micronutrientes” (44).



Por esta razón, las implicaciones en la presentación de estas afecciones en la salud de un niño suelen ser serias debido a la dificultad de tener un desarrollo pleno de su infancia, la presentación de algún tipo de discapacidad e implicaciones de tipo socio-familiar, debido a la atención que un menor que ha nacido con este tipo de problema de salud debe tener.

Por otra parte, se ha determinado que la aparición de defectos congénitos tiene relación directa con trastornos de tipo genético es importante que el sector salud genere estrategias que permitan detectar esta situación en población vulnerable principalmente y, así mismo, que desde las sedes asistenciales se refuercen las acciones frente a la consulta preconcepcional para evitar o detectar riesgos a tiempo.

7.1.2. Etapas de ciclo vital adolescencia y juventud. La población que se encuentra en estas etapas de ciclo vital se encuentra inmersa en diversas situaciones que afectan su proceso de salud-enfermedad, determinadas por las relaciones sociales, familiares, su capacidad de desarrollarse o no en un contexto determinado y el tránsito de la etapa infantil a otras etapas que le permitirán la toma de decisiones de una forma más autónoma. Así mismo estas etapas se consideran como factores determinantes en el desarrollo de una adultez y vejez plena ya que, dependiendo de las condiciones y estilos de vida en los que se desenvuelva, el individuo tendrá o no garantías de una salud plena.

La etapa de ciclo vital adolescencia comprende la edad de 14 años a 17 años 11 meses y 29 días, mientras que la juventud comprende las edades de 18 años a 26 años 11 meses y 19 días.

7.1.2.1. Tensión 5: bajo peso en gestantes adolescentes y jóvenes (4.2.1.4.). El bajo peso en gestantes tiene serias implicaciones en el desarrollo pleno del embarazo, así como complicaciones en el parto o implicaciones de sufrir un parto prematuro; en el bebé las consecuencias se relacionan las altas probabilidades de nacer con bajo peso, generando riesgos en la salud y desarrollo del niño. Por estas razones, en seguimiento y control en el embarazo requiere una atención adecuada efectiva y de calidad por parte del sistema de salud y la corresponsabilidad de la gestante durante el embarazo en sus cuidados, dieta balanceada, entre otros.

Por tal razón es importante priorizar situaciones que afecten las condiciones de salud de mujeres gestantes en la localidad, debido a que el contexto socio-familiar y su estilo de vida cobran importancia en la presentación de situaciones que afecten su proceso de salud-enfermedad, más aun en la etapa de gestación pues de ella depende, fundamentalmente, el desarrollo del niño a futuro.

En el contexto local, esta situación se expresa en la persistencia de mujeres



gestantes con bajo peso pues, aunque en términos globales ha tendido a reducirse, al pasar del 15,8% (n:115) en 2010 al 12,7% (n:92) en 2014, en el grupo de edad de 15 a 19 años la tendencia es inversa y ello se traduce en proporciones calculadas de gestantes con bajo peso para 2014 de 35,8% (n:38) cuando para 2010 ésta correspondía a 31,1% (n:38), que se reportan con mayor frecuencia en los barrios Santa Bárbara, Belén, Egipto y Centro Administrativo.

Pese a la diferenciación física y mental de las etapas de ciclo vital adolescencia y juventud, dentro del contexto social existen determinantes de tipo estructural que presentan implicaciones en la presentación de bajo peso en la mujer gestante como es la dificultad en el acceso a alimentación adecuada, debido a factores de tipo económico que impiden la satisfacción de necesidades básicas propias del embarazo. Dentro del desarrollo del análisis de situación de salud, se identificó que en la localidad existen poblaciones con escasos recursos económicos y que a su vez se dedican a la informalidad para la obtención de ingresos del hogar que les permitan una subsistencia adecuada; sin embargo los ingresos en ocasiones no son suficientes por lo cual las gestantes no consumen alimentos ricos en nutrientes, lo que genera mayores riesgos de bajo peso en la gestación.

De otro lado, la falta de seguimiento a los controles prenatales dificulta la detección temprana de bajo peso al nacer y las implicaciones que esta situación tiene para la salud de la mujer y el desarrollo adecuado del niño.

7.1.2.2. Tensión 6: intento suicida en adolescentes y jóvenes (3.2.1.3). Las conductas suicidad en la etapa de adolescencia están relacionadas a su contexto social y a situaciones familiares que generan determinada presión, afectando el desarrollo de su personalidad, su autoestima y valoración del proyecto de vida. Así mismo, un intento suicida, pese a tener una adecuada intervención, suele dejar secuelas en la salud del individuo que van desde trastornos mentales hasta afectaciones físicas que pueden derivar en discapacidad, dependiendo del mecanismo que se utilizó para el intento suicida. Por otra parte, para la población joven la dinámica cambia toda vez que los intentos suicidas se relacionan con situaciones de violencia con la pareja principalmente, la debilidad en las redes de apoyo y la ruptura de relaciones con la familia nuclear.

Lo anterior se ve reflejado en la presentación de intentos suicidas que en algunos casos presentan antecedentes de suicidio, lo que genera una mayor alerta para el seguimiento de la situación mental del individuo. Los efectos del intento suicida se reflejan en la persistencia de los intentos suicidas a través del tiempo, aumentando en términos generales de cinco casos en 2010 a 35 en 2014, con valores relativos oscilantes entre el 51,4% y el 81,8% del total de las conductas suicidas identificadas durante el quinquenio, presentándose en más del 70% de los adolescentes y jóvenes; cuya residencia reportada corresponde a los barrios Las Aguas, Catedral y Centro Administrativo.



7.1.2.3. Tensión 7: violencia física y sexual en jóvenes (5.2.4.2). Esta tensión está directamente relacionada a condiciones de tipo cultural, las cuales se convierten en un determinante estructural, toda vez que la situación ha sido reconocida socialmente pero a su vez está determinada por pautas de autoridad y cultura machista que complejizan la situación de violencia relacionada con el género. Estas violencias se relacionan también con otro tipo de violencias como la económica y la emocional, generando implicaciones en la salud de la víctima de tipo físico y psicosocial, principalmente.

De la misma manera se ha identificado que la debilidad en las relaciones familiares generan un mayor riesgo de violencias de tipo física y emocional, lo que se asocia con presiones dentro del hogar por situaciones como la falta de tolerancia, debilidad en la comunicación y sumisión por parte de la pareja; en algunos casos determinada por las condiciones económicas en las que la mujer presenta alta dependencia. De otro lado, las conductas agresivas por parte del victimario generalmente se relacionan con el modelamiento conductual generado por violencias en la infancia, lo cual inconscientemente se replica en la formación del hogar.

En este contexto, cuando la situación de violencia ocurre en el hogar y es generada por la pareja, se caracteriza por presentarse en un contexto de consumo de sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, lo cual limita la denuncia debido al imaginario social donde la mujer justifica los actos del agresor en razón del estado de inconciencia en el que se pudiera encontrar.

Existen determinantes intermediarios que de una u n otra forma modifican los estilos de vida de la población que ha sido víctima de violencia, dada por el contexto social y las zonas de inseguridad en la localidad, generando un mayor riesgo de ser víctima de violencia física y sexual por agresores desconocidos.

Las implicaciones de esta situación están relacionadas con los drásticos efectos en la salud mental y física de la víctima, y que a su vez la pueden llevar a una conducta suicida. De la misma manera genera consecuencias como embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, depresión, estrés postraumático y afectaciones físicas que se generan posteriores a la agresión. En el escenario local, se reportan con mayor frecuencia en los barrios La Concordia, Belén y Santa Bárbara.

7.1.3. Etapa de ciclo vital adultez. El adulto constantemente ha sido relacionado como un individuo social y económicamente activo, el cual ha desarrollado una completa madurez en su proceso vital; sin embargo dentro del contexto social en el que se desarrolla a nivel social, familiar e individual, existen ciertas características que pueden afectar o no del proceso de salud-enfermedad.



De la misma manera, debido a su capacidad productiva en el campo económico y en el afán de satisfacer sus necesidades y las de su familia, deja de lado la dimensión de salud como proceso importante e indispensable para un desarrollo pleno de la etapa de ciclo vital y por consiguiente una vejez sana y activa. Por esa razón, existen ciertas situaciones que si bien es cierto en la etapa adulta no se acentúan, si pueden complejizar su salud en la etapa más madura. Pese a ello, a través de los análisis se ha identificado que la población adulta se ha visto afectada por enfermedades que anteriormente se presentaban fundamentalmente al final del ciclo de vida. En este contexto, es importante identificar las tensiones en salud que afectan al adulto y que dan cuenta tanto de su estado actual de salud, como las transformaciones sociales y de salud que están presentes en el desarrollo de su diario vivir.

7.1.3.1. Tensión 8: obesidad en gestantes adultas (4.2.1.3). Teniendo en cuenta los riesgos en la gestación que producen las inadecuadas condiciones nutricionales, esta tensión se construye a partir de la identificación de gestantes obesas o con sobrepeso en la localidad lo que puede asociarse a la falta de hábitos adecuados en el consumo de alimentos y nutrientes propios en la etapa gestacional. Justamente, en el contexto local se evidencia un aumento sostenido de la proporción de mujeres gestantes con obesidad, que para 2010 se calculaba en 6,2% (n: 45) y para 2014 se estimó en 8,3% (n:60), siendo aún mayor en mujeres ubicadas en los grupos de edad de 30 a 34, de 35 a 39 y de 40 a 44 años, donde el porcentaje acumulado entre 2010 y 2014 equivale 10,7% (n:74), 11,2% (n:32) y 15,9% (n:11) del total de casos captados, respectivamente. Frente a su lugar de residencia, se reporta con mayor frecuencia en los barrios Santa Bárbara, Centro Administrativo, Las Aguas y Catedral.

Los determinantes asociados a esta situación se consolidan desde la dinámica económica tanto de la localidad como de la familia, ya que la distribución de los recursos económicos a nivel local no son suficientes y adecuados generando condiciones de segregación social y vulneración, lo que incide directamente en el acceso de alimentos y en esta medida los ingresos familiares impiden la garantía de la satisfacción de necesidades básicas propias para la gestación.

Por lo anterior, la obesidad en la gestación produce riesgos tanto para la madre como para el niño, lo cual puede llegar a generar bajo peso al nacer, aparición de enfermedades como preclamsia, eclampsia, hipertensión, diabetes y diferentes dificultades para un completo desarrollo en la gestación.

De la misma manera, esta situación genera complicaciones en el desarrollo del niño toda vez que puede sufrir “de un desarrollo adverso debido a la exposición a un entorno nutricional subóptimo, mientras se encontraba en el vientre (útero) materno” (45). Como determinantes intermediarios se identifica una estrecha relación de la falta de corresponsabilidad a los controles prenatales que limitan la atención adecuada y la detección temprana de factores de riesgos en el



embarazo.

7.1.3.2 Tensión 9: violencia física en mujeres adultas (3.2.1.2). La construcción de esta tensión en salud se generó a partir de la identificación del incremento de los casos de violencia en mujeres con edades de 27 a 47 años durante los años 2013 y 2014, siendo más frecuentes en los barrios La Concordia, Belén y Santa Bárbara. Esta situación se asocia a la violencia de género la cual, según la Organización de las Naciones Unidas, es definida como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (46).

Con base en lo anterior, existen factores determinantes de tipo estructural que se asocian a las dinámicas culturales dadas por la construcción de conductas machistas o pautas autoritarias en el hogar, generando vulneración principalmente a la mujer y a la población infantil. Lo anterior refleja una clara situación de desigualdades de género, construyendo socialmente la aceptación de la violencia contra la mujer. Del mismo modo, la violencia física en la mujer se ejerce principalmente por la pareja, generando consecuencias como sumisión y vulneración de sus derechos debido a la falta de reconocimiento de sus capacidades y habilidades.

Aunque esa situación se ha mantenido como una característica propia en la dinámica familiar, ha trascendido a diferentes espacios. A pesar de ser castigada por la ley, persiste en el tiempo y se relaciona con otros tipos de violencia como la sexual, la emocional o la económica; generando implicaciones serias en la salud física y mental de la mujer llegando a consecuencias como embarazos no planeados, presentación de infecciones de transmisión sexual y secuelas de tipo físico (golpes, cicatrices y traumas) que pueden llegar a generar o complejizar una discapacidad.

De la misma manera las agresiones físicas contra la mujer se relacionan con determinantes intermediarios de tipo familiar, ya que las conductas violentas en la infancia tienen repercusiones en la construcción de la familia. De otro lado, las condiciones económicas, los bajos ingresos y la falta de una educación o formación adecuada se asocian a la presentación de violencias debido a la complejización de las dinámicas culturales.

7.1.3.3. Tensión 10: demanda de servicios especializados para población adulta con discapacidad (2.2.3.2). Los adultos se identifican como una población económicamente activa, razón por la cual situaciones que generen alguna discapacidad causada por la agudización de enfermedades crónicas o por accidentes de diversos tipos, terminan por afectar su estilo de vida y su relación



con la sociedad. Dentro de este proceso, se ha identificado una falta de corresponsabilidad del adulto en cuanto al acceso a los servicios de promoción y detección temprana de las enfermedades crónicas, lo que limita en ocasiones la efectividad de los procesos de prevención por parte de la institucionalidad.

En este sentido, en la localidad esta población representa el 35.7% (n: 385) del total de personas identificadas con discapacidad entre los años 2005 y 2013, cuyo origen está asociado a accidentes y enfermedad general, principalmente, teniendo como alteraciones más frecuentes las relacionadas con el movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas; destacándose su concentración en los barrios Belén al suroriente, Santa Bárbara al suroccidente y San Francisco Rural al oriente.

Al respecto, las diferentes instituciones deben garantizar la calidad en los servicios especializados, toda vez que, según cifras locales, los adultos se han visto afectados por situaciones adversas que han aumentado las condiciones de discapacidad asociadas a la presentación o acentuación de enfermedades crónicas en edad más temprana de (27 a 44 años aproximadamente).

Dentro de los determinantes asociados a la situación de discapacidad en la etapa de adultez se asocian las dinámicas de urbanización que se han generado en la localidad, relacionado con la topografía escarpada y la arquitectura antigua que genera barreras de acceso a los servicios de salud y a la movilidad de la población con discapacidad. En cuanto a la agudización de las situaciones de salud que pueden generar enfermedades crónicas en la adultez, se asocian también al consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, así como hábitos nutricionales inadecuados que se llevan a lo largo de la vida.

7.1.4. Etapa de ciclo vital vejez. Esta etapa de la vida se caracteriza por la agudización de algunas situaciones de salud que se han presentado a lo largo de la vida; por otra parte, la vejez se considera con la última etapa del ciclo del desarrollo humano donde el individuo entra a ejercer otros roles debido a los cambios de tipo familiar, social e individual.

Aunque es importante evidenciar que la vejez no debe ser asociada a la pérdida de capacidades del individuo o al deterioro de las habilidades sociales, así como del estado de salud, es importante reconocer que el adulto mayor presenta necesidades básicas de apoyo social, familiar, acompañamiento y colaboración para un envejecimiento pleno y activo. Sin embargo, según como se haya generado el proceso de envejecimiento durante toda la etapa de ciclo vital, así serán las condiciones físicas y psicosociales que afectan o no su proceso de salud- enfermedad, es decir, “en esta etapa no sólo se producen pérdidas, sino que hay funciones o capacidades que mantienen su actividad o incluso pueden llegar a mejorar (47).



7.1.4.1 Tensión 11: sobrepeso y obesidad en adultos mayores (4.2.1.2). Como consecuencia de los hábitos y estilos de vida poco saludables a lo largo del ciclo vital, en la vejez se presentan enfermedades crónicas o su agravamiento, el deterioro de las funciones motoras y alteraciones del sistema nervioso. De la misma manera, los hábitos inadecuados en la alimentación están estrechamente ligados a la presentación de condiciones de sobrepeso y obesidad; enfermedades que se complejizan en la etapa de ciclo vital vejez.

Así mismo, la presentación de la obesidad en el adulto mayor puede generar implicaciones serias en su salud y bienestar, toda vez que esta situación puede agravar enfermedades no transmisibles como la hipertensión, la diabetes y problemas cardiovasculares que si bien es cierto aparecen en ocasiones en una etapa más temprana, pueden afectarse debido a la pérdida de nutrientes en el organismo, cambios en el metabolismo y cambios inevitables en la composición corporal en los que influyen la nutrición y factores propios del estilo de vida. Dentro de esta etapa de ciclo vital se produce “una pérdida de la masa muscular y de los tejidos que se reemplaza por el exceso de grasa corpórea, cuando este incremento sobrepasa lo esperado se produce la obesidad” (48).

Teniendo en cuenta la relación entre la alimentación adecuada en la vejez y las condiciones de obesidad o sobrepeso, es importante mencionar que dentro de los determinantes estructurales se encuentran las condiciones económicas inadecuadas que impiden a los adultos mayores acceder a una canasta alimentaria por sus propios medios, lo que limita la adecuada alimentación en el hogar. Algunos de los adultos mayores de la localidad que se encuentran en condiciones de pobreza y que por situaciones generalmente de salud no pueden laborar y dependen económicamente de terceros, solo acceden a aquello dispuesto desde la institucionalidad, bien sea mediante subsidio alimentario, bonos alimentarios y comedores comunitarios; sin embargo ello no garantiza suplir las necesidad nutricionales para su edad, es decir, se presenta malnutrición.

Los efectos de lo expuesto se traducen en el aumento sostenido de la proporción de población adulta mayor con sobrepeso y obesidad, que para 2010 se calculaba en 35,7% (n: 162) y 19,0% (n:75) respectivamente, y para 2014 se estimó en 40,1% (n: 570) y 23,1% (n: 328); cuyo lugar de residencia más frecuente corresponde a los barrios Belén, Concordia, Egipto, Centro Administrativo, Santa Bárbara y Las Aguas.

7.1.4.2. Tensión 12: demanda de servicios especializados para población adulta mayor con discapacidad (2.2.3.1). La construcción de esta tensión se generó a partir de la identificación del creciente número de personas con discapacidad pertenecientes a la etapa de ciclo vital vejez, que en el contexto local encuentran reforzadores de su situación de salud tales como el marco territorial que dificulta la movilidad de la población gracias a la topografía escarpada; y a la muy limitada respuesta institucional efectiva que minimice las barreras de acceso



a los servicios de salud y la garantía de asignación a servicios especializados.

En tal sentido, este grupo represente el 54.6% (n: 589) del total de personas identificadas con discapacidad entre los años 2005 y 2013, cuyo origen está asociado a enfermedad general, teniendo como alteraciones más frecuentes las relacionadas con el movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas, seguida de alteraciones del sistema nervioso y alteraciones cardiacas; destacándose su concentración en los barrios Belén al suroriente, Santa Bárbara al suroccidente y San Francisco Rural al oriente.

Desde una perspectiva contextual, es necesario tener en cuenta que día a día el adulto mayor ha sido vulnerado en sus derechos sociales y de salud, y en cierta medida al presentar algún tipo de discapacidad con frecuencia es segregado y rechazado por parte de la familia y la sociedad, convirtiéndose este en un determinante intermediario que los afecta directamente.

Lo anterior se evidencia como una tensión debido al desconocimiento de la población de los programas de prevención de las enfermedades crónicas o el reconocimiento de programas que generen procesos de inclusión al adulto mayor y a la respuesta institucional limitada, ya que dentro de los servicios de salud que se prestan en la localidad no son suficientes para cubrir la demanda poblacional.

De la misma manera, dada la importancia de generar procesos de inclusión y garantizar los derechos en salud de la población adulta mayor, es importante tener en cuenta las necesidades adicionales y específicas que esta población posee ya que una discapacidad modifica las condiciones y estilos de vida a nivel social, familiar e individual.

7.2 VALORACIÓN Y VALIDACIÓN DE TENSIONES EN SALUD

Una vez identificadas las tensiones, las dimensiones prioritarias involucradas y las etapas de ciclo vital afectadas, a continuación se culmina el ejercicio de análisis mediante su valoración, en la cual se califica cada una de las situaciones descritas y caracterizadas en términos de gravedad (intensidad), duración (cronicidad), impacto, ingobernabilidad institucional y social, y valor de los reforzadores y de los liberadores, tal como se ilustra al final del Anexo 6, actividad que fue desarrollada con el apoyo del equipo de Gestión Intersectorial de Políticas y Programas de la ESE.

Como resultado se obtiene que el valor promedio de las tensiones se calcula en 3,38, en una escala donde aquellas entre 0 y 2 hacen referencia a situaciones de bajo nivel de prioridad o poco graves; mientras que las estimadas entre 2 y 4 tienen prioridad media; y las calculadas entre 4 y 6 aluden a alta prioridad o muy graves. Para el contexto local particular, de las 12 tensiones identificadas, 9 tienen prioridad media y tres se clasificaron como muy graves o de alta prioridad, estos



último relativo a la violencia física en población infantil, violencia física adultos con predominancia en mujeres y, obesidad y sobrepeso en adultos mayores.

7.2.1. Análisis de los generadores de las tensiones en salud frente a las dimensiones PASE. El ejercicio de análisis de situación de salud bajo el enfoque de la estrategia PASE a la equidad permite ampliar la mirada de las diferentes condiciones y estilos de vida que afectan o complejizan una situación en particular y que del mismo modo se relaciona con las dimensiones del desarrollo. Por tal razón y teniendo en cuenta la identificación de tensiones en salud, a continuación se realiza un análisis de los principales generadores, teniendo en cuenta las implicaciones que estos tienen en la presentación de los eventos identificados para cada etapa de ciclo vital.

Desde los determinantes estructurales, se puede identificar que dentro de la dimensión “Vida Sana y Condiciones no Transmisibles” los principales factores y/o generadores están relacionados con la falta de servicios de alto nivel de complejidad para acceder efectivamente al servicio de salud, que permitan garantizar una adecuada atención a población con enfermedades crónicas o discapacidad, generalmente para la población del régimen subsidiado esta situación se asocia a la dimensión social e institucional toda vez que no brinda servicios que permitan minimizar los riesgos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles.

Como determinantes intermediarios se identifica la persistencia de hábitos y estilos de vida poco saludables a lo largo del ciclo vital, que ha redundado en que, como producto de las dinámicas propias del proceso de envejecimiento y vejez, se presenten enfermedades crónicas o su agravamiento, el deterioro de las funciones motoras y alteraciones del sistema nervioso. Estas situaciones se determinan bajo la dimensión social debido a las implicaciones de los hábitos inadecuados en la alimentación en la salud de la población.

Por otra parte en la dimensión de “Convivencia Social y Salud Mental” se identifican determinantes estructurales que generan un alto riesgo de violencias a menores de edad, mujeres en edad joven y adulta principalmente, donde la cultura patriarcal y las conductas agresivas dadas por los patrones de autoridad y abuso de autoridad suelen ser un detonante en la presentación de casos de violencia. Aunado a esto se evidencia una incidencia en la falta de recursos económicos que denota una insatisfacción de las necesidades del hogar, generando situaciones de estrés que pueden incidir en la aparición de conductas violentas.

De la misma manera esta situación se relaciona con condiciones de desigualdad económica, toda vez que en los casos donde se reporta este tipo de violencia las mujeres se dedican a las labores del hogar o ayudan en los ingresos familiares con oficios informales que no alcanzan para suplir las necesidades del mismo. Lo anterior se relaciona con la dimensión social y económica del PASE debido a que



las situaciones asociadas a esta dimensión son de tipo cultural y se determinan también por la baja asignación de recursos a determinadas poblaciones.

En los determinantes intermediarios que generan u originan tensiones en la salud mental de la población se pueden asociar los antecedentes de violencia intrafamiliar de los padres, quienes replican esta conducta en el hogar; así las pautas de crianza, las relaciones conflictivas de los miembros del hogar, el inadecuado manejo de responsabilidades y de conflictos llegan a convertirse en violencia física contra los miembros del hogar, siendo los niños los más afectados. Estas situaciones pueden estar asociadas a las conductas violentas en las instituciones educativas, donde se presentan casos de matoneo que pueden generar consecuencias graves en el desarrollo del niño en el contexto escolar.

De otro lado, se evidencia una fuerte incidencia en el contexto social que puede ejercer presión en la presentación de conductas suicidas debido a determinantes intermediarios como la falta de aceptación a grupos sociales, desesperanza aprendida, duelos no elaborados o afectaciones emocionales por rupturas en las relaciones sentimentales y situaciones de violencia en el entorno familiar o social del adolescente o joven. Estos determinantes se relacionan con la dimensión social principalmente, debido a las características de la determinación que pueden influir negativamente en el bienestar de esta población y en las mujeres principalmente.

En el ejercicio de análisis de la dimensión de “Seguridad Alimentaria y Nutricional”, donde se generaron cuatro tensiones en salud, los principales determinantes de tipo estructural se relacionan con la situación de inequidad en la distribución de los recursos económicos, toda vez que presenta uno de los ingresos per cápita más altos del distrito pero, al mismo tiempo, posee altísimos niveles de indigencia y pobreza, todo ello en consonancia con un coeficiente de Gini tendiente a 1. A su vez, esta situación se ha reflejado en que el 11.5% de los hogares reportaron que algún miembro del hogar no consumió ninguna de las tres comidas uno o más días de la semana; y el 11.3% de los mismos reportaron empeoramiento en las condiciones de alimentación; siendo ambas las terceras cifras más altas para Bogotá en el año 2011 (49).

Estos determinantes se relacionan directamente con la dimensión económica de la estrategia PASE, debido a que la inadecuada distribución de recursos económicos y la falta de ingresos adecuados en el hogar, pues no alcanzan a suplir las necesidades básicas, lo cual afecta directamente el estado nutricional de niños, niñas y madres gestantes, principalmente.

Por parte de la dimensión de “Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos” se evidencian claramente determinantes de tipo estructural como los patrones culturales que han generado costumbres patriarcales en diferentes contextos sociales, originando una mayor presión social de violencia contra la mujer y mayor vulnerabilidad hacia el género.



De la misma manera se evidencia que la presentación de casos de violencia sexual contra la mujer en etapa de ciclo vital juventud se asocia a condiciones inseguras en lugares de alto impacto, como establecimientos de expendio y consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, así como zonas públicas donde los agresores ejercen violencia física, emocional y sexual. Estos determinantes se relacionan directamente con la dimensión poblacional debido a que la tensión es causada por parte de un individuo que ejerce conductas violencias hacia otro y por la dimensión social debido a las pautas culturales que generan una naturalización o indiferencia ante casos de violencia sexual o embarazo en adolescentes de 10 a 14 años de edad.

Como determinantes intermediarios se vinculan algunas situaciones del contexto local que confluyen en la generación de tensiones asociadas a la dimensión de sexualidad principalmente, como las condiciones inadecuadas de habitabilidad, el abandono y/o negligencia, el consumo de sustancias psicoactivas de los padres o de la pareja, lo que puede ser un factor desencadenante para la generación de violencias de tipo sexual.

Por otra parte, en términos de maternidad segura se presentaron tensiones que se originan por la inadecuada alimentación de las gestantes y la falta de la ingesta de micronutrientes como ácido fólico y yodo. Así mismo la falta de corresponsabilidad en cuidados prenatales y en la asistencia médica para el control de los mismos, cuyos efectos se evidencian en la aparición de casos de defectos congénitos en la localidad. Estos determinantes se relacionan con la dimensión poblacional debido a que la corresponsabilidad frente a la salud en la gestación parte desde lo individual, y con la dimensión social ya que los procesos culturales y los hábitos y estilos de vida están determinados por el contexto social donde se desarrolla la población.

El anterior panorama muestra claramente la relación de los determinantes sociales en salud y sus implicaciones en las dimensiones del desarrollo y, así mismo, en la modificación de las dinámicas poblacionales, económicas y sociales, las cuales denotan la necesidad de abordar estas dimensiones para generar estrategias que controlen o mitiguen las situaciones sociales y de salud que están afectando la población de la localidad La Candelaria.



ANEXOS

Anexo 1. Tiempo de viaje en minutos para Bogotá, 2011

Estrato	Promedio (minutos)
1	77.18
2	64.98
3	57.99
4	49.39
5	46.05
6	40.08

Fuente: Equipo ASIS con datos de la Encuesta de Movilidad de Bogotá, 2011.

Anexo 2. Distancia promedio recorrida por motivo y localidad, 2005

Localidad	Distancia promedio por motivo (km)			
	Trabajo	Estudio	Compras	Total
La Candelaria	5.59	3.69	5.17	4.92
Chapinero	6.23	4.90	4.61	5.78
Santa Fe	6.96	3.84	12.41	5.93
Los Mártires	6.50	5.96	6.10	5.97
Barrios Unidos	6.86	5.46	3.24	6.18
Teusaquillo	6.52	6.85	5.45	6.24
Antonio Nariño	7.26	5.57	2.77	6.39
Puente Aranda	7.73	6.41	4.46	7.02
Engativá	9.61	7.28	6.17	8.31
Fontibón	9.21	7.85	7.57	8.56
Usaquén	9.79	8.80	5.37	8.76
Kennedy	9.92	7.53	9.12	8.93
Suba	10.25	8.08	8.24	9.19
San Cristóbal	11.36	5.57	7.87	9.26
Tunjuelito	10.63	7.38	7.39	9.57
Rafael Uribe Uribe	10.74	7.48	7.19	9.66
Ciudad Bolívar	12.97	8.20	7.64	11.30
Bosa	13.04	9.18	13.13	11.90
Usme	17.42	11.84	10.03	15.03

Fuente: Adaptado por Equipo ASIS de Formulación del Plan Maestro de Movilidad para Bogotá, 2006.

Anexo 3. Matriz de reconocimiento de las condiciones básicas de salud, localidad La Candelaria

Ver archivo anexo al presente documento

PRELIMINAR

Anexo 4. Eventos de interés en salud pública, localidad La Candelaria, 2010-2014

Códigos barrios: 1. La Catedral, 2. Centro Administrativo, 3. Las Aguas, 4. Concordia, 5. Egipto, 6. Belén, 7. Santa Bárbara, 8. San Francisco Rural, 9. Parque Nacional Urbano y 10. Parque Nacional Oriental

SIVIGILA – Transmisibles

Eventos en Salud Localidad La Candelaria		2010										2011										2012										2013										2014												
		Casos	Barrio										Casos	Barrio										Casos	Barrio										Casos	Barrio										Casos	Barrio							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
SIVIGILA	Transmisibles	VIH	Infancia	0								0										0										0										0												
			Adolescencia	0									0										0										0										0											
			Juventud	0									0										1	1									3	1				1				1												
			Adulthood	1					1				0										0										1		1																			
			Vejez	0									0										0										0																					
			Total				1									0										1										4										1								
		Sífilis Congénita	Infancia	0									0										0										0										0											
			Adolescencia	0									0										0										0																					
			Juventud	0									0										0										0																					
			Adulthood	0									0										0										0																					
Vejez	0										0										0										0																							
Total					0									0										0										0										0										
Sífilis Gestacional	Infancia	0									0										0										0										0													
	Adolescencia	0									0										0										0																							
	Juventud	0									0										0										0																							
	Adulthood	0									0										2	1	1								0																							
	Vejez	0									0										0										0																							
	Total				0									0										2	1	1								0										0										
Tosferina	Infancia	1						1			1		1								2	1				1					3		1					2																
	Adolescencia	0									0										0										0																							
	Juventud	0									0										0										0																							
	Adulthood	0									0										0										0																							
	Vejez	0									0										0										0																							
	Total				1									1										2				1						3					2					0										
Tuberculosis	Infancia	1	1								0										0										0																							
	Adolescencia	0									0										0										0																							
	Juventud	0									0										0										0																							
	Adulthood	0									0										0										0																							
	Vejez	0									0										0										0																							
	Total				1									1										1				1						1				1						1				1						
Agresiones	Infancia	2	1					1			6			2	1	3					9	2		1	1	4	1				2	1				1																		
	Adolescencia	0									0										3	1	1			1					2					2																		
	Juventud	3	1	2							2	1			1						4			1	1	2					8		3	2		3																		
	Adulthood	2	2								13	2	1	1	2	4	3				11	3		3	1	3	1				3			2	1																			
	Vejez	3	1		1	1					2	1			1						6	2	1		2	1					2	1				1																		
	Total				10									23										33										17										21										
Defecto congénito	Infancia	0									1			1							2	1	1								7	3	1			1	2																	
	Adolescencia	0									0										0										0																							
	Juventud	0									0										0										0																							
	Adulthood	0									0										0										0																							
	Vejez	0									0										0										0																							
	Total				0									1										2										7										5				1	1					

Fuente: Bases preliminares SIVIGILA local, 2010 a 2014.

SALUD ORAL

Eventos en Salud Localidad La Candelaria			2010										2011										2012										2013													
			Casos	Barrio										Casos	Barrio										Casos	Barrio										Casos	Barrio									
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SISVESO	Caries Cavitacional	Infancia	31	1	3	4	4	2	13	4	0	0	0	22	3	4	1	2	0	6	6	0	0	0	7	0	1	2	1	1	1	1	0	0	0	15	1	3	1	3	2	3	2	0	0	0
		Adolescencia	16	1	1	0	3	0	6	5	0	0	0	10	0	1	1	1	1	2	4	0	0	0	4	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	14	0	3	1	0	1	5	4	0	0	0
		Juventud	32	3	2	4	5	1	11	6	0	0	0	23	1	4	2	4	0	7	5	0	0	0	15	0	6	1	2	0	4	2	0	0	0	18	1	3	2	2	2	4	4	0	0	0
		Adulthood	65	2	6	16	14	5	15	7	0	0	0	55	3	5	6	12	2	10	17	0	0	0	39	3	7	2	5	5	8	9	0	0	0	50	2	12	5	6	3	15	7	0	0	0
		Vejez	6	0	0	1	0	0	3	2	0	0	0	5	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	12	1	3	1	4	1	2	0	0	0	0
	Total	150 (74,62%)										115 (85,18%)										68 (78,16%)										109 (87,90%)														
	Gingivitis	Infancia	23	0	4	4	3	2	7	3	0	0	0	19	2	1	1	2	4	9	0	0	0	0	5	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	7	1	1	0	1	1	2	1	0	0	0
		Adolescencia	17	1	2	2	2	0	5	5	0	0	0	8	0	1	1	1	0	1	4	0	0	0	4	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	10	0	3	1	0	0	3	3	0	0	0
		Juventud	31	3	2	6	5	0	10	5	0	0	0	24	1	4	2	4	0	8	5	0	0	0	16	1	5	1	2	0	4	3	0	0	0	14	1	3	0	1	2	3	4	0	0	0
		Adulthood	70	0	6	18	15	4	19	8	0	0	0	52	2	6	7	11	2	10	14	0	0	0	41	3	8	2	5	5	8	10	0	0	0	50	2	14	5	6	3	12	8	0	0	0
		Vejez	7	0	1	1	1	0	2	2	0	0	0	5	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	12	1	3	1	4	1	2	0	0	0	0
	Total	148 (73,63%)										108 (80%)										69 (79,31%)										93 (75%)														
	Periodontitis	Infancia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	2	1	1	2	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Adolescencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	1	1	1	0	1	4	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
		Juventud	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	24	1	4	2	4	0	8	5	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Adulthood	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	52	2	6	7	11	2	10	14	0	0	0	11	1	1	1	0	0	4	4	0	0	0	5	0	2	1	1	0	1	0	0	0	0
		Vejez	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	5 (2,48%)										10 (7,40%)										14 (16,09%)										7 (5,64%)														
	Lesión de mancha blanca	Infancia	14	1	2	1	3	1	4	2	0	0	0	6	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Adolescencia	6	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Juventud	4	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	4	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Adulthood	19	3	0	5	2	0	7	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Vejez	4	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	47 (23,38%)										11 (8,14%)										4 (4,59%)										0														
	Lesión de mancha café	Infancia	15	0	3	3	2	1	4	2	0	0	0	9	2	1	0	1	0	2	3	0	0	0	5	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Adolescencia	3	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
		Juventud	6	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	14	1	3	2	2	0	2	4	0	0	0	7	1	1	0	1	0	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
		Adulthood	19	1	2	6	1	1	4	4	0	0	0	10	0	0	2	1	0	2	5	0	0	0	11	1	2	1	1	2	2	2	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Vejez		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total	43 (21,39%)										37 (27,40%)										23 (26,43%)										5 (4,03%)															
Fluorosis	Infancia	3	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Adolescencia	3	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	
	Juventud	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
	Adulthood	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
	Vejez	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total	8 (3,98%)										7 (5,18%)										4 (4,59%)										5 (4,03%)															

Fuente: Bases preliminares SISVESO distrital, 2010 a 2013.

VIOLENCIAS

Eventos en Salud Localidad La Candelaria			2013										2014																							
			Casos	Barrio										Casos	Barrio																					
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
SIVIM	Sexual	Infancia	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0			
		Adolescencia	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		
		Juventud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0		
		Adulthood	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		
		Vejez	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Total	3 (12,5%)										9 (15,25%)																							
	Económica	Infancia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
		Adolescencia	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Juventud	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
		Adulthood	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Vejez	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Total	2 (8,3%)										1 (1,69%)																							
	Negligencia	Infancia	7	1	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	2	1	0	0	1	2	0	0	0	0			
		Adolescencia	3	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		
		Juventud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0		
		Adulthood	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
		Vejez	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0		
		Total	12 (50%)										14 (23,7%)																							
	Abandono	Infancia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
		Adolescencia	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Juventud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Adulthood	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Vejez	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Total	1 (4,16%)										2 (3,38%)																							
Física	Infancia	4	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	2	0	0	0	2	1	0	0	0	0				
	Adolescencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0			
	Juventud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0			
	Adulthood	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	
	Vejez	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
	Total	5 (20,83%)										17 (28,81%)																								

Fuente: Bases preliminares SIVIM distrital, 2013 y 2014.

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (I)

Eventos en Salud Localidad La Candelaria			2010										2011										2012										2013										2014																
			Casos	Barrio										Casos	Barrio										Casos	Barrio										Casos	Barrio										Casos	Barrio											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10							
SISVAN	Crónica menores de 5 años	Infancia	34	21,6	8	4	4	5	8	0	5	0	0	76	20,7	6	14	5	7	6	20	18	0	0	128	23	13	24	10	6	12	26	37	0	0	128	18	7	13	24	10	6	12	26	37	0	0	131	17,4	13	16	5	11	12	25	37	12	0	0
		Adolescencia																																																									
		Juventud																																																									
		Adulthood																																																									
		Vejez																																																									
	Global menores de 5 años	Infancia	9	5,73%	0	1	1	1	2	0	4	0	0	17	4,6	2	4	0	3	0	1	7	0	0	32	5,92	3	5	2	1	2	5	14	0	0	32	4,74	3	5	2	1	2	5	14	0	0	31	4,12%	1	1	4	0	1	9	13	2			
		Adolescencia																																																									
		Juventud																																																									
		Adulthood																																																									
		Vejez																																																									
	Gestantes con bajo peso	10 a 14	1										5																										1											0									
		15 a 19	38										76												35														38																				
		20 a 24	34										68												21														24																				
		25 a 29	21										33												9														9																				
		30 a 34	18										9												7														11																				
		35 a 39	1										3												6														8																				
		40 a 44	1										0												0														2																				
		45 a 49	1										0												0														0																				
		50 a 54	0										0												0														0																				
		Total		115 (15,77%)											194 (16,38%)											79 (11,46%)											92 (12,56%)																						
	Gestantes obesas	10 a 14	0										0											0														0																					
		15 a 19	0										9												1														2																				
		20 a 24	8										18												2														10																				
		25 a 29	11										28												13														11																				
		30 a 34	20										11												17														26																				
		35 a 39	3										9												12														8																				
		40 a 44	3										2												3														3																				
45 a 49		0										0												0														0																					
50 a 54		0										0												0														0																					
Total		45 (6,17%)											77 (6,50%)											48 (6,96%)											60 (8,25%)																								

Fuente: Bases preliminares SISVAN distrital, 2010 a 2014.

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (II)

Eventos en Salud Localidad La Candelaria			2010										2011										2012										2013										2014														
			Casos	Barrio										Casos	Barrio										Casos	Barrio										Casos	Barrio										Casos	Barrio									
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SISVAN	Adulto mayor malnutrición	Casos/total de población captada	No hay dato										253 (64,3%)										407 (56,9%)										877 (61,7%)										931 (65,6%)														
	Adulto mayor DN Leve	Casos/total de población captada	No hay dato										6 (1,5%)										11 (1,5%)										19 (1,3%)										9 (0,6%)														
	Adulto mayor DN moderada	Casos/total de población captada	No hay dato										1 (0,2%)										1 (0,1%)										5 (0,3%)										6 (0,4%)														
	Adulto mayor DN severa	Casos/total de población captada	No hay dato										1 (0,2%)										0										3 (0,2%)										2 (0,1%)														
	Adulto mayor obesidad	Casos/total de población captada	No hay dato										75 (19,0%)										141 (19,7%)										275 (19,3%)										328 (23,1%)														
	Adulto mayor obesidad morbida	Casos/total de población captada	No hay dato										8 (2,0%)										7 (0,9%)										16 (1,1%)										16 (1,1%)														
	Adulto mayor sobrepeso	Casos/total de población captada	No hay dato										162 (35,7%)										247 (34,5%)										559 (39,3%)										570 (40,1%)														

Fuente: Bases preliminares SISVAN distrital, 2010 a 2014.

Anexo 5. Implicaciones de las dimensiones PASE en las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021, localidad La Candelaria

Implicaciones de la Dimensión poblacional

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
Salud Ambiental	La Localidad La Candelaria cuenta con un total de 24.140 habitantes, de los cuales el 15,6% (n: 3770) corresponde a hombres y mujeres mayores de 60 años; de este total de población en etapa de ciclo vital vejez el 4,0% (n: 130) son personas que presentan algún tipo de discapacidad, al evidenciar las características topográficas de la localidad, es evidente la dificultad para el desplazamiento de este tipo de población, además otras características presentes en la localidad como lo reducido del espacio de sus andes y vías principales y la no adecuación de este tipo de espacios para personas con algún tipo de discapacidad hacen más relevante la problemática. Otra característica de los habitantes de la localidad, es su concentración en las zonas periféricas del sur y oriente de esta, al observar las características de riesgo de remoción en masa presentes en estos puntos, se evidencia el constante y permanente peligro al que se enfrentan sus habitantes.
Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	Al realizar el análisis de aquellas enfermedades que afectan a los pobladores de la localidad La Candelaria durante el 2014, se logró evidenciar que más del 50% de los habitantes que asistieron a consulta médica fueron diagnosticados con enfermedades no transmisibles, mediante el análisis realizado teniendo como base de información los RIPS, se logró evidenciar que enfermedades como la hipertensión arterial y la diabetes han venido afectando a la población de la localidad en etapas de juventud, adultez y vejez con un alto nivel de prevalencia; dado el aumento de factores nocivos en población de joven como el sedentarismo, la obesidad, consumo de sustancias como el cigarrillo y el alcohol han desencadenado que este fenómeno sea un factor detonante en la salud de los habitantes jóvenes de la localidad.
Convivencia Social y Salud Mental	Al observar el comportamiento de las conductas suicidas en la localidad se observó en 2014, que el 34,8% correspondió a población adulta, seguida de comportamientos suicidas en población en etapa de ciclo vital juventud con el 30,2%. Cabe resaltar que en todo tipo de conductas suicidas el mayor porcentaje de notificación se encuentra en población femenina. Otro flagelo al que se enfrenta la localidad La Candelaria tiene que ver con el desplazamiento forzado de habitantes, donde a 2014 se reportaron un total de 111 víctimas del conflicto armado, de los cuales, el 51,3% correspondió a mujeres, realizando la desagregación por etapa de ciclo vital se observa que cerca del 30% de las víctimas corresponden a población entre los 27 a 60 años de edad.
Seguridad Alimentaria y Nutricional	Frente a los indicadores de vigilancia alimentaria y nutricional durante el año 2014, de los 714 menores captados por el subsistema, 137 niños y niñas presentaron Desnutrición Crónica lo que represento una prevalencia de 19,2, cifra que está en más de 7 puntos porcentuales por encima de la meta distrital propuesta para 2016; en lo que respecta a desnutrición global en el mismo número de niños captados durante 2014, se presentó una prevalencia de 4,5 con un total de 32 niños y niñas. Frente a la vigilancia de niños y niñas con bajo peso al nacer y teniendo un total de nacidos vivos en la Localidad de 438, durante el 2014 y según datos preliminares se presentaron 44 casos de menores nacidos con peso inferior a 2500 gr, lo que represento una prevalencia de 10,0%, cifra que aunque se encuentra alta, se ajusta a la meta proyectada por el distrito a 2016.
Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	Los adolescentes y jóvenes equivalen el 27,4% de la población de la localidad y representan la vida futura de la misma, y estos están abordados desde el Plan de Desarrollo "Bogotá Humana" en el marco del proyecto "Salud para el Buen Vivir" en reconocimiento del derecho al desarrollo y en pro del restablecimiento de derechos de las menores de 15 años identificadas como embarazadas, además de estar orientado a la reducción de la frecuencia de embarazos en jóvenes de 15 a 19 años en tanto afectan la situación familiar, educativa y de salud de las jóvenes y sus familias. Durante el año 2014 se reportó un caso de embarazo en niñas menores de 15 años, cifra que se redujo en cerca del 75,0% si se compara con el año inmediatamente anterior, para las mujeres adolescentes de la localidad en edades entre 15 a 19 años se reportó un total de 80 casos, cifra que debe ser prioridad en materia de salud pública, puesto que este tipo de población aún está definiendo su proyecto de vida y no están preparadas, ni cuentan con los recursos suficientes para sostener de manera consciente un hogar.
Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Del total de población de la localidad de La Candelaria atendida y según datos RIPS del 2014, de un total de 510 personas, el 11,37% (n=58) fueron diagnosticados con algún tipo de enfermedad transmisible. Para el ciclo vital infancia las condiciones transmisibles fueron la segunda causa de atención. Frente a eventos prioritarios en morbilidad y de alto costo que son de origen infeccioso, el VIH SIDA reporto un total 10 casos lo que represento una tasa de 0,4 por cada 10.000 habitantes.

Implicaciones de la Dimensión Ambiental

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
Salud Ambiental	<p>La localidad cuenta con una cobertura casi total de servicios de agua, acueducto, alcantarillado y aseo; no obstante frente a esta última categoría, cabe anotar la presencia constante de residuos sólidos y líquidos asociada al alto flujo de transeúntes y a la mala disposición por parte de algunos zorreros, volqueteros, habitantes de calle y vendedores informales en algunos sectores de los barrios La Catedral, Centro Administrativo, Las Aguas y La Concordia. El agua que se ofrece a la población, por su parte, es óptima en términos de calidad, pero los cuerpos de agua con los que cuenta el territorio se caracterizan por su canalización y contaminación. No obstante lo anterior, la manera en que los residentes y/o visitantes acceden al agua puede afectar su calidad, toda vez que la red de acueducto y alcantarillado es de vieja data y no necesariamente ha sido objeto de mantenimiento; además el almacenamiento que en algunas edificaciones se realiza a través de tanques implica su manipulación; y en los pagadarios e inquilinatos involucra, además, el uso de gran cantidad de personas frente a una infraestructura diseñada para grupos familiares de menor tamaño.</p>
Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	<p>* Al año 2013, el espacio público en la localidad se clasifica como deficitario toda vez que cuenta con 1,87 metros cuadrados por habitante, cuando el promedio distrital es de 3,93 y el Decreto Nacional 1504 de 1998 establece que la meta es de 15 metros cuadrados por habitante; situación que es coherente con el estado del medioambiente, caracterizado por escasez de zonas verdes y el deterioro de los cuerpos de agua que la atraviesan; cuyas implicaciones se expresan en el hecho según el cual las enfermedades crónicas representan la mayor atención a los habitantes de la localidad y, a su vez, las enfermedades isquémicas del corazón representan la mayor tasa de mortalidad en hombres equivalente a 70.7 por 1000 habitantes; mientras en las mujeres es la segunda causa con una tasa de 35.0 por 1000 habitantes; después de la diabetes mellitus cuya tasa calculada es de 43.7 por mil habitantes. Lo anterior está asociado, entre otras cosas, a las menores posibilidades que ofrece el contexto local para acceder a infraestructura que permita el desarrollo de actividad física como factor protector ante las enfermedades no transmisibles y que afecta, fundamentalmente a adultos y adultos mayores.</p> <p>* La localidad se ubica entre el piedemonte de los Cerros Orientales y la Sabana de Bogotá, por lo que su topografía tiende a ser irregular hacia el oriente; situación que, de entrada, implica una serie de dificultades físicas y arquitectónicas para el desplazamiento de las personas con discapacidad, más aún al considerar que representan el 4.5% (n:1078) del total poblacional local para el año 2014; de los cuales el 54.6% (n:589) son adultos mayores, en los cuales se ha identificado que el origen de su discapacidad se asocia a enfermedad general; y que más del 50% de las vías intermedias y locales que atraviesan la localidad se encuentran en regular o mal estado.</p> <p>* La principal fuente de contaminación en la localidad corresponde a los gases producidos por el tránsito vehicular, con lo cual la concentración de PM10 se calcula en 50 µg/m³ en la mayoría del territorio y en 42.5 µg/m³ en el extremo más oriental de la localidad, cuando el máximo recomendado para no afectar la salud de manera grave equivale a 50 µg/m³. En este contexto, se dan las condiciones medioambientales, entre otras, que propician la aparición o agravamiento de Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas sobre todo en adultos mayores y afectaciones de las vías respiratorias de los niños expresada en sibilancias.</p>
Convivencia Social y Salud Mental	<p>La localidad se caracteriza por disponer de muy pocas zonas verdes, una de las relaciones de árboles por habitante más bajas de Bogotá, calculada para 2014 en 0,57 árboles por cada tres personas, mientras la OMS indica que la relación debe ser uno a tres si se quiere un ambiente sano; y un espacio público efectivo deficitario equivalente en 2013 a 1,87 metros cuadrados por habitante, cuando el promedio distrital es de 3,93 y el Decreto Nacional 1504 de 1998 establece que la meta es de 15 metros cuadrados por habitante; y adicionalmente, se reconocen condiciones de hacinamiento en los barrios Santa Bárbara y Belén. En este contexto, la estructura territorial ofrece restringidas posibilidades para el esparcimiento de la población residente cuyas afectaciones pueden expresarse en el deterioro progresivo de su salud mental.</p> <p>* La dinámica derivada de los usos del suelo educativos, institucionales, culturales y turísticos predominantes en la localidad ha propiciado el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales en zonas emblemática como el Chorro de Quevedo y sus inmediaciones, sobre todo en población joven universitaria.</p>

DIMENSION	DESCRIPCION
Seguridad Alimentaria y Nutricional	La localidad es la de menor extensión en el Distrito Capital y está clasificada en su totalidad como suelo urbano, es decir, no cuenta con suelo rural ni áreas de expansión; es por ello que en ella se dificultan los desarrollos de agricultura urbana extensiva, razón por la que algunas iniciativas comunitarias han acudido a los jardines verticales. Por otro lado, el sostenido proceso de cambio en el uso de suelo que ha remplazado la actividad residencial por otras de tipo institucional, educativo, comercial y cultural ha redundado en un déficit de equipamientos básicos para la población residente; en particular de aquellos establecimientos para el abastecimiento de alimentos, salvo por la plaza de mercado del barrio La Concordia, con lo cual se restringe de entrada la disponibilidad y acceso a los mismos como componente fundamental para garantizar el derecho a una alimentación sana con equidad, planteamiento realizado desde el Plan Decenal de Salud Pública. Lo anterior se evidencia en la prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años equivalente al 4% para el año 2014, siendo superior a la meta distrital establecida en el 3%; y de desnutrición crónica en la misma población y año igual al 21.7%, cuando la meta distrital es del 12%. Entretanto, la malnutrición por exceso se expresa en que el 20% de la población menores de 18 años tiene sobrepeso y el 9.8% presenta obesidad; situación que se relaciona con la carencia de espacio público, áreas verdes e infraestructura deportiva y recreativa para el desarrollo de actividad física.
Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	No se identifican implicaciones
Vida saludable y Enfermedades Transmisibles	<p>* Los barrios Santa Bárbara y Belén, y sectores específicos de los barrios La Catedral y Centro Administrativo, se caracterizan por la mutación de las grandes y antiguas casonas a inquilinatos y pagadarios, los cuales comúnmente están asociados a condiciones de hacinamiento e insalubridad; y, en general, algunas edificaciones de vieja data a lo largo de la localidad presentan deterioro físico y estructural, que en su conjunto se han convertido en factores de riesgo que han propiciado la aparición y contagio de enfermedades transmisibles como tuberculosis y tos ferina.</p> <p>* Si bien la localidad cuenta con cobertura casi total del servicio de acueducto, algunas edificaciones cuentan con tanques de reserva de agua, los cuales no cumplen con los protocolos de limpieza y esta situación ha incidido en la aparición de brotes de Enfermedades Transmitidas por Agua y Alimentos (ETAS), en algunas instituciones educativas que funcionan en la localidad.</p>
Salud pública en Emergencias y Desastres	<p>La presencia de zonas de amenaza por remoción en masa implica la planificación de la gestión integral del riesgo de desastres en la localidad, a cargo de la Red Local de Riesgos, la cual se encuentra operando mensualmente.</p> <p>* La antigüedad, la titulación y los procesos constructivos inadecuados de las edificaciones que existen en la localidad pueden generar colapso de las estructuras e insuficiencia en las actuales redes para atender la demanda de servicios de infraestructura básica, alcantarillado, canalización de redes de energía y de telefonía y gas domiciliario, que se proyecta desde el Plan Centro.</p>
Salud y Ámbito Laboral	La principal fuente de contaminación en la localidad corresponde a los gases producidos por el tránsito vehicular, con lo cual la concentración de PM10 se calcula en 50 µg/m ³ en la mayoría del territorio y en 42.5 µg/m ³ en el extremo más oriental de la localidad, cuando el máximo recomendado para no afectar la salud de manera grave equivale a 50 µg/m ³ . Lo anterior, teniendo presente que para el 2007 La Candelaria se caracteriza por ser la quinta localidad donde se presenta la mayor frecuencia relativa asociada al empleo ocasional, es decir, aquel que se realiza esporádicamente y puede involucrar actividades ambulantes como repartir volantes en la calle, implica que los trabajadores informales u ocasionales pueden ver afectada su salud ante la exposición a un entorno contaminado por material particulado.

Implicaciones de la Dimensión Social

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
Salud Ambiental	<p>La localidad La Candelaria, se han identificado zonas de alto riesgo por remoción en masa y la ubicación de edificaciones antiguas generando riesgos para la población especialmente residente en el barrio Egipto y la Concordia, situación que puede generar una amenaza de tipo ambiental toda vez que en esta zona no hay una infraestructura adecuada para la implementación de redes de acueducto y alcantarillado y otros servicios vitales para unas condiciones de vida adecuadas. De la misma manera se evidencia la ubicación de viviendas e inquilinatos en zonas con riesgo de derrumbe que puede afectar la salud de la población y de la misma manera consecuencias trágicas a la población en la medida en que ésta no tenga los mecanismos necesarios para afrontar un derrumbe, y de la misma manera algunas condiciones habitacionales no se adecuan a la población debido a la estructura antigua de las viviendas y la poca reformación o reestructuración en su construcción. Por otra parte, en la localidad no hay espacios adecuados como parques y zonas verdes para la generación de ambientes sanos y lugares para la recreación de la población situación que se complejiza debido a la falta de adecuación de espacios que permitan la interacción entre la población y el medio natural.</p>
Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	<p>Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas no transmisibles son la segunda gran causa de mortalidad a nivel local se requiere fortalecer los programas de prevención de las enfermedades crónicas ya que según cifras de la base de datos RIPS durante 2014 se atendió un total de 510 personas de las cuales el 52,2% (n=267) recibió atención por enfermedades crónicas y el 11,37% (n=58) por condiciones transmisibles y nutricionales. estas enfermedades durante el año 2014 fueron la primera causa de atención y para el ciclo vital vejez represento la totalidad de las atenciones situación que se complejiza debido a las inadecuadas practicas alimentarias debido a la ingesta de alimentos ricos en carga calórica, el aumento del consumo de cigarrillo y alcohol, y la falta de hábitos saludables como la práctica de actividades deportivas y de aquellas que eviten el sedentarismo; lo anterior se asocia a la falta de espacios deportivos adecuados para la población adulta y adulta mayor ya que en la localidad no hay disposición suficiente de zonas o parques , toda vez que cuenta con 1,87 metros cuadrados por habitante, cuando el promedio distrital es de 3,93. Lo anterior implica generar y ampliar la cobertura de los programas de atención a pacientes crónicos en la sede La Candelaria y demás IPS que generen una atención integral en los niveles II y III dentro de localidad ya que en el año 2014 solo se contaba con los servicios de la sede asistencial La Candelaria.</p>
Convivencia Social y Salud Mental	<p>* En la Localidad La Candelaria, Según datos de la Alta consejería para los Derechos de las victimas la paz y la reconciliación, se reportaron un total de 111 víctimas del conflicto armado residentes quienes demanda una atención prioritaria en el área psicosocial, desde el sector salud y de forma integral con las instituciones de servicios sociales de la localidad dirigida a la población; además de ello se requiere la divulgación o ampliación de los servicios sociales de los centros dignificar, puesto que en la localidad no hay presencia de estos servicios.</p> <p>Del mismo modo se requiere encaminar los servicios desde el enfoque de mujer y género, debido a que de esta población, el 51,3% son mujeres en edades de 27 a 60 años seguido de población victima en edades de 18 a 26 años.</p> <p>De la misma manera existen situaciones socio familiares que pueden generar conductas suicidas; durante el año 2013 se reportaron 20 casos de conducta suicida siendo el intento la primera conducta representando un 60% de los casos, donde los adolescentes son quienes más reinciden en esta situación. Lo anterior requiere un acompañamiento psicosocial y familiar, en términos de reforzamiento de las pautas de crianza y las redes de apoyo sociales desde el sector asistencial, servicios sociales de la localidad y desde los procesos comunitarios en zonas de alto impacto.</p> <p>* Situaciones relacionadas con carencias afectivas, red familiar débil, matoneo, pandillismo, bajo rendimiento académico, consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas, baja autoestima y/o violencia intrafamiliar, en el marco de la escasa o nula oferta de espacios para el desarrollo psicosocial de la población, puede redundar en una conducta suicida que es más frecuente en adolescentes.</p>

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
Seguridad Alimentaria y Nutricional	Pese a existir en la localidad plazas de mercado reconocidas como La Concordia y Rumichaca, parte de la población no accede a la oferta de alimentos debido a la poca adherencia a las pautas de autocuidado y consumo de alimentos nutricionales, lo que se asocia también a las costumbres familiares y la cultura de consumo de comidas preparadas; adicionalmente las condiciones de pobreza e inadecuados recursos económicos familiares para suplir las necesidades básicas en la alimentación. pese a existir comedores comunitarios en el barrio Santa Bárbara y La concordia, alguna población no accede a estos servicios debido a la falta de conocimiento frente al servicio y a la dificultad para acceder al servicio en términos de barreras de acceso geográficas especialmente en zonas del barrio Egipto y Belén, los cuales son lugares donde la pobreza, la escasez de recursos económicos y condiciones de vulnerabilidad que se evidencia a simple vista lo que dificulta el acceso a una alimentación adecuada, a una vivienda digna, y la priorización de otras situaciones del hogar, dejando la salud y la seguridad alimentaria en un segundo nivel de priorización y que se da de acuerdo a la situación económica y cultural del hogar. Lo anterior se refleja en la presentación de casos de desnutrición crónica que durante el 2014 presento una prevalencia 27,7% por encima de la meta distrital y local ubicando la mayor parte de los casos en zonas de estrato 1 y dos (barrio Belén Santa Bárbara y Egipto) y la concentración de desnutrición global de 4% que se concentra al sur de la localidad, en la zona (Santa Bárbara y Belén), en donde la prevalencia se ubica en 4,5%, y 6,7% respectivamente.
Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	Existe una falta de adherencia a los derechos sexuales y reproductivos especialmente en la población adolescente y joven, debido al desconocimiento de estos por parte de la población, la falta de una educación y una formación en el autocuidado, desde las instituciones educativas y la familia en términos de corresponsabilidad frente al adecuado manejo de la sexualidad y a las implicaciones de las prácticas sexuales a temprana edad, lo que se condiciona en algunos casos por las brechas intergeneracionales de comunicación (padrea a hijos), la debilidad en pautas de crianza y el modelamiento conductual de los adolescentes, que se asocia con la falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos para prevención no solo del embarazo no deseado sino también de infecciones de transmisión sexual; lo anterior genera implicaciones en el proceso de salud enfermedad en esta población debido a la presentación de embarazos en adolescentes de 10 a 14 (1 Caso) en el barrio Nueva Santa Fe y 80 casos de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años de los cuales el 40% se concentran en Belén y Santa Bárbara donde predomina el estrato 0 y 2, lo que implica generar acciones tendientes a la prevención, la planificación familiar y el fortalecimiento del autocuidado frente a la sexualidad a temprana edad concentrando las acciones en zonas de vulnerabilidad social donde se presentan problemáticas como pobreza, consumo de SPA entre otras y la falta de acceso a la educación media y superior debido a la falta de recursos económicos.
Vida saludable y Enfermedades Transmisibles	Las enfermedades transmisibles, son la segunda causa de atención según base de datos RIPS en la etapa de ciclo vital infancia representada en un 31,7% (n=37) de atenciones y en el ciclo vital Vejez con un el 18,9% (n=14) de atenciones lo cual se relaciona con las condiciones ambientales, habitacionales y del entorno teniendo en cuenta que estas enfermedades se transmiten por vía aérea contagio o infección. Estas situaciones afectan el proceso de salud enfermedad de la población infantil toda vez que los inadecuados cuidados en el hogar, las barreras de acceso a los servicios de salud y el incumplimiento del esquema de vacunación principalmente, complejiza el estado de bienestar de los niños y niñas generando mayores riesgos de adquirir o enfrentar una ET en el hogar. De la misma manera para los adultos mayores las pautas de autocuidado y los hábitos saludables pueden reducir los riesgos de adquirir una ET por lo tanto conviene reforzar condiciones saludables en el entorno familiar y social para evitar contagios e incremento de los casos en estas etapas de ciclo vital.
Salud pública en Emergencias y Desastres	La localidad La Candelaria se caracteriza por poseer una población residente tradicional y que de cierta manera ha evidenciado las modificaciones locales generadas a través del tiempo y por medio de la implementación de los planes de ordenamiento territorial; sin embargo esta población conserva la tradición y la cultura en los lugares donde reside específicamente en el barrio Santa Bárbara y Belén donde aún se conservan viviendas antiguas que se adecuan para prestar el servicio de habitación temporal, alquiler o arriendo utilizadas como inquilinatos y /o pagadarios, sin que sus adecuaciones sean óptimas o pertinentes para su uso. Debido a que la estructura de estas viviendas es antigua y que las construcciones se han deteriorado, pueden generaron riesgo de desastre en caso de presentar derrumbe o daño severo en la edificación afectando la población residente y generando condiciones drásticas en la dinámica poblacional, familiar y social. por otra parte, dentro de la localidad, se ubican establecimientos dedicados a la elaboración venta y distribución de joyas y productos litográficos ubicados en la KR 9 entre CL 7 y 9, y son establecimientos que han sido reconocidos en el sector debido a su tradición y a que los propietarios son familias reconocidas en este sector comercial. Aunque estos negocios hacen parte de la conservación tradicional de la localidad, muchos de ellos manejan elementos y/o sustancias químicas que, de no utilizarse adecuadamente o almacenarse correctamente, pueden convertirse en un contaminante ambiental y su mala manipulación puede generar un desastre.

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
Salud y Ámbito Laboral	<p>Dentro del contexto laboral en la localidad se evidencia que el 80,1% de los trabajadores informales de la localidad se encuentra afiliado al SGSSS, caso contrario a lo que ocurre con la afiliación a riesgos laborales. esta situación genera problemas en la población teniendo en cuenta la falta de estabilidad laboral no garantiza una adecuada afiliación o cobertura de riesgos laborales que pueden generar una condición de discapacidad a largo plazo entendiéndose esta como enfermedad laboral so no se tiene un proceso preventivo en el lugar de trabajo; a razón de esto, durante el año 2014 se reportó una perdona en la localidad La Candelaria con problemas de salud generados a causa de una enfermedad laboral, según la Base de datos captura de información personas con discapacidad intervención en ámbito Laboral 2014. En este sentido, los riesgos laborales representa una situación importante de abordar debido a que en la localidad la candelaria se ha evidenciado una afluencia fuerte del comercio informal como fuente de empleo y de generación de recursos que permitan un ingreso que satisfaga las necesidades básicas, donde los trabajadores ya sea por desconocimiento, falta de corresponsabilidad y/o autocuidado, no generan espacios preventivos debido a su carga laboral y a la importancia del trabajo en su contexto social. A razón de esto, en la misma base anteriormente mencionada evidencia una falta de participación en actividades de fomento a la cultura preventiva debido a que se reportan múltiples dolencias y afecciones a nivel osteomuscular que presumen se derivan de su actividad laboral. Esta situación se refuerza debido a la falta de ofertas laborales estables en la localidad, las condiciones de pobreza de parte de la población que reside en zonas de estrato 2 de la localidad y provenientes de otras localidades donde su única fuente económica de ingreso se recibe de actividades informales. por otra parte, según los procesos de análisis de situación de salud generados durante el año 2014 (sala Situacional), se identificó que una de las situaciones más complejas que tienen una implicación fuerte en el proceso de salud enfermedad de los niños y niñas, específicamente es el trabajo infantil, donde, desde la dimensión laboral es importante identificar que esta problemática implica situaciones de vulnerabilidad social, toda vez que dentro de este contexto se presenta una falta de garantía de derechos de la infancia que resulta preocupante al evidenciar que la localidad con mayor trabajo infantil de este tipo es La Candelaria, en donde uno de cada tres niños que trabajan lo hacen con la familia, con personas diferentes a la familia y trabajo de manera independiente o por propia cuenta teniendo como porcentaje el 25% de los niños y niñas residentes en la localidad La Candelaria.</p>

Implicaciones de la Dimensión Económica

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
Salud Ambiental	<p>La manera en que se ha concebido el desarrollo de la localidad como centro histórico, donde a la vez se llevan a cabo actividades comerciales, institucionales, turísticas y culturales; ha sido inversa a la conservación del ambiente natural, lo que se expresa en las escasas zonas verdes y la canalización de los cuerpos de agua que atraviesan el escenario local; y a la cantidad de espacios recreo-deportivos dispuestos para la población residente y visitante.</p> <p>* Ante la imposibilidad para mantener en adecuadas condiciones las edificaciones de vieja data características de la localidad, sus dueños originales se ven abocados a subarrendar en forma de apartaestudios, inquilinatos o pagadarios; o permiten el cambio de uso del suelo hacia uno más "rentable" en términos comerciales.</p>
Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	<p>La localidad cuenta con un nivel de desigualdad, estimado a través del coeficiente de Gini, equivalente a 0.587, en una escala donde cero representa equidad perfecta y uno inequidad perfecta, lo que apunta a que pocos individuos acaparan la mayoría de los ingresos y, en contraste, la mayoría de los individuos tengan pocos; cifra superior a la calculada para Bogotá en 0.522 para 2011 y en 0.502 para 2014. Este contexto trae implicaciones como las dificultades para tratar eventos de salud no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (POS), eventos de alto costo y, en general, enfermedades no transmisibles; lo que se ha venido expresando en mortalidades por enfermedades crónicas y diferentes tipos de cáncer; de la mano de las barreras administrativas que se presentan para el tratamiento y manejo de este tipo de enfermedades en centros de atención de alto nivel de complejidad, los cuales no se encuentran ubicados en la localidad. Así mismo, la asignación de pagos adicionales por parte de los usuarios para la asignación de exámenes, medicamentos de alto costo para el mejoramiento control y/o tratamiento de enfermedades; representan de entrada una dificultad para acceder efectivamente a los servicios de salud, en un contexto de precariedad económica. Al respecto, también se debe considerar que las dificultades financieras, aunadas a algunos patrones culturales relacionados con el autocuidado, han redundado en la demanda de los servicios de salud ante una enfermedad manifiesta y no antes de que ocurra, en términos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p>

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
Convivencia Social y Salud Mental	En los barrios Egipto, Belén y Santa Bárbara, al sur de la localidad, se reportan situaciones como el pandillismo, la falta de oportunidades de empleo y de estudio para la población joven, en el marco de escaso acompañamiento de las familias y, en algunos casos, violencia intrafamiliar; en un contexto donde las viviendas presentan evidentes afectaciones físicas, algunas de las cuales funcionan como inquilinatos y/o pagadarios; todo lo que ha derivado en factores de riesgo para el inicio, uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA). En este sentido, la vocación económica de la localidad como centro histórico de la ciudad ha redundado en la concentración espacial de la demanda de psicoactivos en razón del tránsito permanente de población; por lo que el contexto local se identifica como un factor de riesgo en tanto aumenta la probabilidad de inicio de consumo en la población joven.
Seguridad Alimentaria y Nutricional	En la localidad es evidente una clara situación de inequidad en la distribución de los recursos económicos, toda vez que presenta uno de los ingresos per cápita más altos del distrito pero, al mismo tiempo, posee altísimos niveles de indigencia y pobreza, todo ello en consonancia con un coeficiente de Gini tendiente a 1; lo cual se ha reflejado en que el 11.5% de los hogares reportaron que algún miembro del hogar no consumió ninguna de las tres comidas uno o más días de la semana; y el 11.3% de los mismos reportaron empeoramiento en las condiciones de alimentación; siendo ambas las terceras cifras más altas para Bogotá en el año 2011. Lo anterior es coherente con las cifras de desnutrición global del 4% cuando la meta distrital es del 3% y de desnutrición crónica de 21.7% con una meta distrital del 12%; situaciones que están asociadas al difícil acceso a alimentos con los requerimientos nutricionales necesarios para el desarrollo físico y psicológico de los niños y niñas de la localidad, y el aprovechamiento biológico de los mismos en un contexto ambiental inadecuado.
Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	En el contexto descrito de desigualdad local, existen limitantes en el acceso a servicios para citas con especialistas para el control o detección temprana de enfermedades que puedan afectar la calidad de vida de la gestante o a su bebé en razón de barreras administrativas como la asignación tardía de citas o la asignación y entrega de medicamentos de alto costo que reducen la calidad y la equidad en la cobertura a los servicios de salud. * En este sentido, el acceso a los servicios para jóvenes y adolescentes se ven limitados debido a la falta de afiliación o el tránsito en los procesos de afiliación cuando se cumple la mayoría de edad, afectando el conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y los eventuales seguimientos prenatales y controles médicos propios de la gestación en adolescentes.
Vida saludable y Enfermedades Transmisibles	Ante la imposibilidad para mantener en adecuadas condiciones las edificaciones de vieja data características de la localidad, sus dueños originales se ven abocados a subarrendar en forma de apartaestudios, inquilinatos o pagadarios, con lo que el acceso a los servicios como el agua se precariza y ello crea un ambiente propicio para la aparición de EDA, ETA, tuberculosis, entre otras.
Salud pública en Emergencias y Desastres	Los asentamientos menos consolidados y de tipo ilegal en la localidad se ubican hacia su extremo oriente, en el barrio Egipto, en zona clasificada socioeconómicamente como estrato 2, donde se presentan evidentes dificultades económicas y, al mismo tiempo, es el área donde existe mayor amenaza por remoción en masa, por lo cualquier intervención y abordaje debe reconocer la situación de vulnerabilidad y riesgo de la comunidad para un eventual abordaje que no solo involucre al sector salud sino a los otros del orden distrital.
Salud y Ámbito Laboral	* La Candelaria es la localidad con la séptima mayor tasa de desempleo de Bogotá; que desagregada por sexo, es superior en las mujeres frente a la de los hombres, las cuales se calcularon en 10,8 y 8,3 respectivamente. Al desagregar este indicador por jefes de hogar, se identifica que la tasa local equivale a 6,1, la segunda más alta de Bogotá, que en mujeres se incrementa a 8,8, mientras para hombres se reduce a 5,6, poniendo de relieve las condiciones de vulnerabilidad e inequidad vinculadas con el sexo a la hora de acceder al empleo. * Según la Encuesta de Calidad de Vida del 2007, las localidades con las frecuencias relativas más altas asociadas al empleo ocasional son Rafael Uribe Uribe, Ciudad Bolívar, Santa Fe, San Cristóbal y La Candelaria; y ello se da fundamentalmente en la adultez pues, sin desconocer el desempleo o informalidad de personas en otras etapas de ciclo, es aquí donde se da la consolidación de proyectos individuales, familiares y que requieren del reforzamiento de una actividad productiva para el cubrimiento de las necesidades básicas. * De manera paralela a las actividades económicas relacionadas con el centro histórico, institucional y cultural de la localidad, se ha reportado turismo sexual en algunos hostales, así como personas en ejercicio de prostitución sobre la KR 10, asociado a la gran cantidad de personas que la frecuentan por distintas razones. Pese a ello, la situación no ha sido reconocida y, en razón de ello, no ha sido suficientemente documentada. * La economía informal registra con creces el número más elevado de niños trabajadores en los contextos regional, nacional y distrital; y en ese sentido, la localidad La Candelaria es la que más infantes trabajando de manera independiente o por propia cuenta reporta, en donde uno de cada tres niños que trabajan lo hacen bajo estas condiciones, cuando el promedio de Bogotá es de 10.1%.

Fuente: Equipo ASIS, 2015

Anexo 6. Matriz de identificación y valoración de tensiones en salud, localidad La Candelaria

Ver archivo anexo al presente documento

PRELIMINAR



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Bogotá. Secretaria Distrital de Salud. Plan de intervenciones colectivas-PIC, 2012. Documento Marco.
- 2 Lineamiento Conceptual Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Ministerio de Salud y Protección social. Bogotá D.C. Abril 25 de 2014
- 3 http://www.who.int/topics/environmental_health/es/ Jul 14 2015
- 4 NEOLIBERALISMO. EL NEOLIBERALISMO. [internet]. [Consultado 2014 Jul 14]. Disponible en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/poli/poli70.htm>
- 5 Sistema económico Colombiano. [internet]. [Consultado 2014 Jul 14]. <http://alejandrobarrrosbenitez.blogspot.com/2010/12/sistema-economico-colombiano.html>
- 6 Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decena de Salud Pública 2012 – 2021. [Internet]. [Consultado 2015 jul 16]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- 7 Vulnerabilidad Social. Pizarro Roberto. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. Pág. 7
- 8 Colombia. Ministerio de Salud y protección social. Plan decenal de salud pública. Estrategia PASE a la equidad en salud. Lineamiento conceptual. Bogotá Abril 25 de 2014.
- 9 Colombia. Ministerio de Salud y protección social. Plan decenal de salud pública. Estrategia PASE a la equidad en salud. Lineamiento conceptual. Bogotá Abril 25 de 2014
- 10 Colombia. Concejo de Bogotá. Acuerdo 117 de 2013, por el cual se modifican y precisan los límites de las localidades de Santa Fe, San Cristóbal, Tunjuelito, Antonio Nariño, Candelaria y Rafael Uribe descritos en los Acuerdos 8 de 1977, 14 de 1983 y 15 de 1993. Registro Distrital, 3017 (Dic. 30 2003).



- 11 Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. Conociendo la localidad La Candelaria: Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos [Internet]. [Consultado 2015 jul 7]. Disponible en: http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ciudadania/Publicaciones%20SDP/PublicacionesSDP/17La_candelaria.pdf
- 12 Portal Bogotá [Internet]. Bogotá; c2014. [Consultado 2015 jul 10]. Disponible en: <http://www.bogota.gov.co/localidades/candelaria/poblamiento>
- 13 Bogotá. Secretaría de Ambiente. Agenda Ambiental localidad 17 Candelaria [Internet]. [Consultado 2015 jul 10]. Disponible en: http://oab.ambientebogota.gov.co/apc-aa-files/a65cd60a57804f3f1d35afb36cfcf958/17_AA_LaCandelaria_1.pdf
- 14 Bogotá. Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte. La Candelaria: Observatorio de culturas [Internet]. [Consultado 2015 jul 10]. Disponible en: <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/observatorio/documentos/localidades/LaCandelaria.pdf>
- 15 Bogotá. Secretaría de Planeación. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográfico y socioeconómicos 2009 [Internet]. [Consultado 2015 jul 10]. Disponible en: http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ciudadania/Publicaciones%20SDP/PublicacionesSDP/17La_candelaria.pdf
- 16 Marroquín, Juliana; Muñoz, Ana Milena; Rodríguez, Angélica & Sánchez, Eduardo. La problematización del lugar: El dónde [Internet]. [Consultado 2014 Jul 22]. Disponible en: <http://aiac2014.uniandes.edu.co/wp-content/uploads/2014/masterplanstudents/q2/q2-analisis-book.pdf>
- 17 Bogotá. Secretaría Distrital de Gobierno. Plan Ambiental Local 2013 – 2016 [Internet]. [Consultado 2015 jul 10]. Disponible en: <http://www.ambientebogota.gov.co/documents/10157/2883175/PAL+2013-2016+La+Candelaria.pdf>
- 18 Bogotá. Secretaría de Ambiente. Agenda Ambiental localidad 17 Candelaria [Internet]. [Consultado 2015 Jul 10]. Disponible en: http://oab.ambientebogota.gov.co/apc-aa-files/a65cd60a57804f3f1d35afb36cfcf958/17_AA_LaCandelaria_1.pdf



19 Observatorio Ambiental de Bogotá [Internet]. Bogotá; c2013. [Consultado 2015 jul 16]. Disponible en: <http://oab.ambientebogota.gov.co/es/indicadores?id=49&v=1>

20 Portal Bogotá. [Internet]. Bogotá; c2014. [Consultado 2015 jul 11]. Disponible en:

<http://www.bogota.gov.co/Temas%20de%20ciudad/Gestion%20Publica/Radiograf%C3%ADa%20del%20Espacio%20P%C3%ABlico%20en%20Bogot%C3%A1>
1

21 Bogotá. Observatorio de la gestión urbana. [Internet]. [Consultado 2015 Jul 16]. Disponible en:

<https://www.ccb.org.co/content/download/4887/61766/file/Observatorio%20de%20Gesti%C3%B3n%20Urbana.pdf>

22 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).

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1259>.

23 Calvo García-Tornel, Francisco. Sociedades y territorios en riesgo. 1. ed. Barcelona: Del Serbal, 2001. 181 p.

24 Bogotá. Comité Local de Emergencias. Plan de prevención y atención de emergencias, localidad La Candelaria [Internet]. [Consultado 2015 jul 11]. Disponible en:

http://www.sire.gov.co/documents/13276/152246/17_PLAPAE_CANDELARIA.pdf/7204463d-7c0c-4bd6-93d1-833a4caca05d

25 Universidad de los Andes, & Cámara de Comercio de Bogotá. Reporte anual de movilidad 2013. [Internet]. [Consultado 2015 jul 11]. Disponible en: <https://www.ccb.org.co/content/.../file/Observatorioo%20%202013.pdf>

26 Martínez, Beatriz & Aguilar, María del Pilar. Movilidad, ambiente y centros históricos [Internet]. [Consultado 2015 jul 11]. Disponible en:

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/gestion/article/download/1440/2070>

27 Bogotá. Secretaría Distrital de Movilidad. Informe de indicadores. Encuesta de Movilidad de Bogotá 2011. [Internet]. [Consultado 2015 jul 11]. Disponible en:

http://www.movilidadbogota.gov.co/hiwebx_archivos/audio_y_video/Encuesta%20de%20Movilidad.pdf



28 Bogotá. Secretaría de Tránsito y Transporte. Formulación del plan maestro de movilidad para Bogotá D.C., que incluye el ordenamiento de estacionamientos, 2006. [Internet]. [Consultado 2015 jul 11]. Disponible en: http://www.movilidadbogota.gov.co/hiwebx_archivos/ideofolio/02-MovilidadyDesarrolloSostenible_14_53_49.pdf

29 Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. Índice de movilidad en Bogotá D.C., 2013. [Internet]. [Consultado 2015 Ago 24]. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDsticas/2013/DICE139-BoletinIndiceMovilidad-2013.pdf>

30 Bogotá. Secretaría Distrital de. Encuesta multipropósito para Bogotá. Boletín No.65 (Abr 2015).

31 Bogotá. Hospital Centro Oriente. Informe de Caracterización de Poblaciones Diferenciales, Localidad La Candelaria [Internet]. [Consultado 2015 ago 24]. Disponible en: <http://www.esecentrooriente.gov.co/hco/images/stories/pic/2015/ASIS/Asis%20Diferencial/Junio/ASIS%20Diferencial%20Localidad%20La%20Candelaria.pdf>

32 Bogotá D.C. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación en Salud 2013.

33 Banguero Lozano H, Banguero de la Barrera M. Flujos migratorios a Santafé de Bogotá: Un análisis con información del Censo de Población 2005. Magazin de la Gestión Estadística [internet]. 2013; 5: 20-27 [consultado 2015 Ago 25]. Disponible en : https://www.dane.gov.co/candane/images/Publicaciones/magazin_2013.pdf

34 Bogotá. Secretaria Distrital de Planeación. Diagnóstico de los aspectos físicos demográficos y socioeconómicos 2011. [internet]. [consultado 2015 ago. 5] Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/88558687/17-La-Candelaria-Monografia-2011>

35 Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. Índice de desigualdad en Bogotá, D.C. [Internet]. [Consultado 2014 jul 29]. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Informaci%F3nTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDsticas/2013/DICE140-BoletinIndDesigualdad-04122013.pdf>



36 Bogotá. Secretaría Distrital de Educación. Caracterización sector educativo año 2013. Bogotá: La Alcaldía, 2013.

37 Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Ficha metodológica déficit de vivienda [Internet]. [Consultado 2014 jul 29]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo/FM_deficitvivienda.pdf

38 Bogotá Cómo Vamos [Internet]. Bogotá: Cámara de Comercio de Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana & Otros; c2012. [Consultado 2014 jul 29]. Disponible en: http://www.bogotacomovamos.org/media/flash_data/ARCHIVOS%20FLASH%20LOCALIDADES/archivos_web/

39 Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Bogotá D.C.: Encuesta de Calidad de Vida de Bogotá 2007 [Internet]. [Consultado 2014 jul 29]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/ecvb/3.xls

40 Foro Nacional por Colombia. La informalidad laboral en Bogotá en el marco del trabajo decente. breve caracterización socioeconómica y espacial [Internet]. [Consultado 2014 jul 29]. Disponible en: http://www.trabajodecente.org.co/wp-content/uploads/pdf/libros/informalidad_bogota.pdf

41 Organización de las Naciones Unidas. Crecimiento económico y desigualdades sociales [Internet]. [Consultado 2015 Ago 26]. Disponible en: <http://www.hchr.org.co/afrodescendientes/index.php/columnista-invitado/crecimiento-economico-conflicto-y-derechos-colectivos-en-el-sector-rural-colombiano.html>.

42 Duque M. cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades; Investigación en enfermería: imagen y desarrollo. Julio - Diciembre 2007; 9 (2); 127 – 142.

43 Organización Mundial de la Salud. [internet]. Madrid: OMS; Enero 2015. [Consultado 2015 Ago 30]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>



44 Colombia. Ministerio de Salud y protección social. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública. Defectos congénitos. Bogotá. Marzo 2015.

45 Obesidad en la mujer embarazada [internet]. [Consultado 2014 Jul 14]. Disponible en: http://geosalud.com/embarazo/nutricion/peso_embarazada.html

46 Organización Mundial de la Salud. [internet]. Madrid: OMS; Enero 2015. [Consultado 2015 Nov 26]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

47 Etapa de ciclo vital Vejez. Universidad del rosario. Documento de investigación No. 12 Envejecimiento y vejez. [Internet]. [Consultado 2015 Nov 26]. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf

48 Ramos P, Rosa O. La obesidad en la tercera edad. Gaceta Médica Espirituana. [internet].2001;3(2) [Consultado 2015 Nov 26]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.3.\(2\)_01/p1.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.3.(2)_01/p1.html)

49 Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. Seguridad alimentaria y nutricional en Bogotá, boletín 44. [internet]. [Consultado 2015 Nov 21]. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDsticas/2012/DICE128-BoletinSegAlimenNutricional-2012.pdf>

Elaboró: Bayron Quintero Mallungo Geógrafo
Yirley Carrera Sotelo Profesional social
Diego Gustavo Castillo Ortiz Epidemiólogo
Milena Giraldo Patiño Epidemióloga

Revisó: Luz Stella Rey Benito – Referente de Vigilancia Epidemiológica

Aprobó: Luz Gelys Palacio Jiménez – Coordinadora PIC