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

Localidad de Bosa

07



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Elizabeth Coy Jiménez

Coordinación General del Documento
Diana Carolina Fajardo Niño

Autores Subred SurOccidente
Claudia Patricia Beltrán
Adriana Lizette Colorado
Mónica Andrea Rodríguez
Luz Janeth Rueda
Claudia Bermúdez Olaya
José Osney Velandia
Johana Alexandra Mateus
Francisco Forero
Javier Camilo Aguillón
Fredy Andrés Chitiva

Fotografía portada
Oficina asesora de comunicaciones Subred Sur Occidente

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

Contenido

CAPITULO 1: CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRAFICO 19
1.1. CONTEXTO TERRITORIAL 20
1.2. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA 24
1.2.1. Aspectos cuantitativos 24
1.2.2. Distribución espacial 26
1.3. DINÁMICA DEMOGRÁFICA 28
1.4. CONCLUSIONES 38
CAPITULO 2: ANALISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES) 41
2.1. DIMENSIÓN POBLACIONAL 44
2.2. DIMENSIÓN AMBIENTAL 51
2.3. DIMENSION AMBIENTE CONTRUIDO 56
2.4. DIMENSIÓN SOCIAL 65
2.5. DIMENSIÓN ECONÓMICA 70
2.6. DIMENSIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA 74
CAPITULO 3: MORTALIDAD Y MORBILIDAD 75
3.1. MORTALIDAD 76
3.1.1. Mortalidad por grandes causas 76
3.1.2. Mortalidad por subgrupos 79
3.1.3. Mortalidad Infantil y en la niñez 106
3.1.4. Mortalidad Materno - infantil y en la niñez 112
3.2. MORBILIDAD 114
3.2.1. Morbilidad general atendida 114
3.2.2. Descripcion de la oferta 133
3.3. EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA 136
3.3.1. Sivigila nacional 136
3.3.2. Sivigila distrital 148

CAPITULO 4: ANALISIS DE POBLACIONES DIFERENCIALES 169
4.1. APROPIACIÓN CONCEPTUAL Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES 170
4.1.1. Metodología 172
4.2. COMUNIDADES ÉTNICAS 176
4.2.1. Víctimas del conflicto armado (VCA) 178
4.2.2. Personas en condición de discapacidad 179
4.2.3. Persona en ejercicio de la prostitución (PEP) 179
4.2.4. Ciudadano habitante de calle (CHC) 180
4.2.5. Recicladores, carreteros y pequeños bodegueros (RCPB) 182
4.2.6. Género y nuevas masculinidades 182
4.2.7. Población LGBTI 183
4.3. CONTEXTO DEMOGRÁFICO DE LAS POBLACIONES DIFERENCIALES Y DE INCLUSIÓN 185
4.3.1. Caracterización de la atención primaria en salud 186
4.3.2. Natalidad y Mortalidad 192
4.3.3. Eventos en salud pública: discapacidad y morbilidad 194
4.3.4. Sistema de información para víctimas - SIVIC 199
4.4. RELACIÓN DE LAS POBLACIONES DIFERENCIALES CON EL TERRITORIO 202
4.4.1. Víctimas del conflicto armado 203
4.4.2. Población en condición de discapacidad 205
4.4.3. Comunidades étnicas 206
4.5. CONDICIONES DE VIDA Y DETERMINANTES 214
4.6. NECESIDADES EN SALUD 221
4.6.1. Comunidades étnicas: afro (afrodescendientes, raizales y palenqueros), indígenas (todos los pueblos) y Rom - gitanos 222
4.6.2. Discapacidad 225
4.6.3. Víctimas del conflicto armado 226
4.6.4. Ciudadanos habitantes de calle 227
4.6.5. Persona en ejercicio de prostitución 228
4.6.6. LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales): 228

4.6.7. Reciclador, carretero, pequeño bodeguero 229
4.7. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA Y EXPERIENCIAS EXITOSAS 230
4.7.1. Población étnica 230
4.7.2. Población con discapacidad 231
4.7.3. Víctimas del conflicto armado 232
4.7.4. Ciudadano habitante de calle 233
4.7.5. Personas en ejercicio de prostitución 235
4.7.6. Población LGBTI 235
4.7.7. Reciclador, carretero, pequeño bodeguero 236
CAPITULO 5: ACCIONES EN SALUD PÚBLICA 238
5.1. ESPACIOS DE VIDA COTIDIANA 240
5.1.1. Espacio público 240
5.1.2. Espacio educativo 252
5.1.3. Espacio vivienda 259
5.1.4. Espacio trabajo 267
5.2. PROCESOS TRANSVERSALES 270
5.2.1. Vigilancia en salud pública (VSP) 270
5.2.2. Gestión de programas y acciones de interés en salud pública (GPAISP) 287
5.2.3. Gobernanza 290
CAPITULO 6: ANALISIS Y SINTESIS 305
6.1. Metodología 307
6.2. Configuración del territorio, identificación y priorización de las tensiones y construcción de nodos 309
6.2.1. Espacialización de las tensiones 313
6.2.2. Analisis de las tensiones que confluyen en los nodos y su respuesta 315
6.3. Validación contenidos 339
6.4. Recomendaciones para los nodos 340

Lista de tablas

Tabla 1. Clasificación y extensión por UPZ, estrato, superficie y barrios, Bosa, 2011 21
Tabla 2. Distribución en edades quinquenales por sexo, localidad de Bosa, 2016 24
Tabla 3. Distribución de la población por momentos del curso de vida y sexo, localidad de Bosa, 2016 26
Tabla 4. Distribución población diferencial localidad de Bosa. Subred Sur Occidente. 2015 27
Tabla 5. Distribución de población por aseguramiento. Bosa, Subred y Distrito. 2016 28
Tabla 6. Indicadores demográficos, localidad de Bosa, 2016 29
Tabla 7. Otros indicadores demográficos, localidad de Bosa, 2016 30
Tabla 8. Tasa global de fecundidad, Bosa, Subred Sur Occidente y Bogotá, 2012, 2014 y 2016 31
Tabla 9. Razón de masculinidad, Bosa, Subred Sur Occidente y Bogotá, 2012, 2014 y 2016 32
Tabla 10. Variables sociodemográficas, nacimientos en adolescentes, Bosa 2012 – 2016 36
Tabla 11. Dimensión Poblacional – categorías y condiciones de vida, localidad de Bosa 44
Tabla 12. Dimensión Ambiental – categorías y condiciones de vida, localidad de Bosa 51
Tabla 13. Dimensión Ambiente Construido – Categorías y Condiciones de vida, localidad de Bosa 56
Tabla 14. Dimensión Social – categorías y condiciones de vida, localidad de Bosa 65
Tabla 15. Dimensión Económica – categorías y condiciones de vida, localidad de Bosa 70
Tabla 16. Dimensión Político Administrativa – categorías y condiciones de vida, localidad de Bosa 74
Tabla 17. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades trasmisibles, Bosa y Subred Sur Occidente. 2014 81

Tabla 18. Tasas ajustadas de mortalidad Neoplasias localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2014 86
Tabla 19. Tasas ajustadas de mortalidad enfermedades del sistema circulatorio. Bosa y Subred Sur Occidente, 2014 91
Tabla 20. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del periodo perinatal de la localidad de Bosa. Subred Sur Occidente. 2014. 96
Tabla 21. Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2014 100
Tabla 22. Tasas ajustadas de mortalidad por las demás causas localidad de Bosa. Subred Sur Occidente, 2014 104
Tabla 23. Mortalidad infantil por subgrupo de causas y sexo, Bosa, 2012-2014 108
Tabla 24. Mortalidad 1 a 4 años por subgrupo de causas y sexo, Bosa 2012-2014 110
Tabla 25. Proporción número de muertes menores de 5 años, por grandes grupos de causa, Localidad de Bosa, años 2012 - 2014 112
Tabla 26. Tasas de mortalidad materno infantil y de la niñez. 2014 113
Tabla 27. Resultado indicadores salud materno infantil semaforización ASIS. Bosa. 2014 114
Tabla 28. Distribución de atenciones e individuos por tipo de atención y grupo de causas. Bosa. Año 2016 116
Tabla 29. Distribución de individuos por grupo de causas y sexo. Bosa, Subred y Distrito. 2016 117
Tabla 30. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas. Primera infancia. Bosa, Subred y Distrito. 2016 120
Tabla 31. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas. Infancia. Bosa, Subred y Distrito. 2016 122
Tabla 32. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas. Adolescencia. Bosa, Subred y Distrito. 2016 124
Tabla 33. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas. Juventud. Bosa, Subred y Distrito. 2016 126
Tabla 34. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas. Adultez, Bosa, Subred y Distrito. 2016 128

Tabla 35. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas. Adultez. Bosa, Subred y Distrito. 2016 130
Tabla 36. Primeras causas de atención, Bosa, 2016 132
Tabla 37. Distribución de servicios ofertados en los puntos de atención, red distrital de prestadores de servicios de salud públicos, Bosa, Subred, Bogotá, D.C. 133
Tabla 38. Proporción de notificación eventos Sivigila agrupado dimensiones PDSP y localidad frente al Distrito, Subred Sur Occidente, 2016 138
Tabla 39. Proporción de notificación por grupo de eventos Sivigila y UPZ frente a la localidad de Bosa, 2016 139
Tabla 40. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos Sivigila Bogotá, Subred Sur Occidente y sus localidades, 2016 139
Tabla 41. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos Sivigila, localidad de Bosa y sus UPZ, 2016 140
Tabla 42. Proporción de notificación por dimensión del plan decenal y subsistemas. UPZ frente a la localidad de Bosa, 2016 148
Tabla 43. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos Sivigila D.C., Distrito, localidad, Subred Sur Occidente, 2016 149
Tabla 44. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos Sivigila D.C., localidad de Bosa y sus UPZ, 2016 150
Tabla 45. Distribución proporcional por eventos Sisvan. UPZ. Bosa, 2016 151
Tabla 46. Proporción de notificación grupo de eventos Vespa, Lesiones de Causa Externa, Sisvecos y Sivim, localidad de Kennedy y sus UPZ, 2016 153
Tabla 47. Proporción de notificación grupo de eventos Sisveso, Sivistra, Discapacidad, localidad de Bosa y sus UPZ, 2016 158
Tabla 48. Proporción de notificación evento colectivo EDA, UPZ y localidad Bosa, 2016 162
Tabla 49. Razón del evento precursor Diabetes Mellitus DM, Bosa. Bogotá. 2012-2016 163
Tabla 50. Comportamiento diabetes mellitus por tipo de atención, localidad de Bosa, 2016 165
Tabla 51. Poblaciones Diferenciales, localidad de Bosa, 2014 175

Tabla 52. Población diferencial caracterizada según sexo y peso porcentual dentro de la población caracterizada, localidad de Bosa, 2016 187
Tabla 53. Población diferencial caracterizada según sexo y curso de vida, localidad de Bosa, Año 2016 190
Tabla 54. Resultados para poblaciones diferenciales de los Nacidos Vivos – NNVV, localidad de Bosa, Año 2016 192
Tabla 55. Defunciones en población étnica por momento del curso de vida y sexo, Bosa, 2016 193
Tabla 56. Población en condición de discapacidad identificada, localidad de Bosa, 2016 194
Tabla 57. Indicadores demográficos personas en condición de discapacidad, localidad de Bosa, Registradas ente 2004 – 2016 196
Tabla 58. Distribución personas en condición de discapacidad por UPZ de residencia, localidad de Bosa, registradas entre 2004 – 2016 196
Tabla 59. Morbilidad en Salud Pública para comunidades étnicas, localidad de Bosa, año 2015 – 2016 197
Tabla 60. Morbilidad en Salud Pública para población diferencial, localidad de Bosa, año 2015 – 2016 198
Tabla 61. Población Víctima del Conflicto Armado Identificada, localidad de Bosa, 2016 200
Tabla 62. Resumen de la distribución demográfica según caracterización y registro en salud de la población diferencial Local, Bosa, año 2016 201
Tabla 63. Cobertura Espacio Educativo y componente de la estrategia Sintonizate por UPZ, localidad de Bosa, 2017 257
Tabla 64. Cobertura Espacio Educativo en Colegios Oficiales, localidad de Bosa, 2017 258
Tabla 65. Eventos valorados en verde de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, Bosa, Subred Sur Occidente, 2017 309
Tabla 66. Eventos valorados en amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, Bosa, Subred Sur Occidente, 2017. 310
Tabla 67. Eventos valorados en rojo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, Bosa, Subred Sur Occidente, 2017. 311

Tabla 68. Eventos valorados en rojo y amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones para su espacialización, Bosa, Subred Sur Occidente, 2017. 312

Lista de gráficas

Gráfica 1. Pirámide de población localidad de Bosa, 2005, 2016 y 2020 25
Gráfica 2. Nacidos vivos, Bosa y Subred Sur Occidente, 2011 – 2016 33
Gráfica 3. Distribución de nacidos vivos por edad de la madre, 2011 – 2016 34
Gráfica 4. Tasa específica de fecundidad de 10 a 14 años, Bosa, Subred Sur Occidente, Bogotá D.C., 2011 - 2016 35
Gráfica 5. Tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años, Bosa, Subred Sur 36
Gráfica 6. Comportamiento de mortalidad. Bosa. 2012-2014 76
Gráfica 7. Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas. Bosa, 2012 – 2014 77
Gráfica 8. Tasas ajustadas mortalidad por grandes causas y sexo, localidad 78
Gráfica 9. Tasas crudas de mortalidad enfermedades transmisibles por quinquenios. Localidad de Bosa. 2012 – 2014 80
Gráfica 10. Mortalidad subgrupo enfermedades transmisibles. Bosa, 2012 – 2014 81
Gráfica 11. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo para subgrupos de Enfermedades trasmisibles, localidad de Bosa, 2012 – 2014 82
Gráfica 12. Tasas crudas de mortalidad enfermedades neoplásicas por quinquenios. Localidad de Bosa. 2012 – 2014 84
Gráfica 13. Mortalidad subgrupo neoplasias. Bosa, 2012 – 2014 85
Gráfica 14. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo para subgrupos de Neoplasias, localidad de Bosa, 2012 – 2014 88
Gráfica 15. Tasas crudas de mortalidad enfermedades del sistema circulatorio por quinquenios localidad de Bosa. 2012 – 2014 90
Gráfica 16. Mortalidad subgrupo enfermedades del sistema circulatorio. Bosa, 2012 – 2014 91

Gráfica 17. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo para subgrupos del sistema circulatorio, localidad de Bosa, 2012 – 2014 92
Gráfica 18. Tasas crudas de por afecciones del periodo perinatal por quinquenios, localidad de Bosa. 2012 – 2014 94
Gráfica 19. Mortalidad subgrupo afecciones en el periodo perinatal. Bosa, 2012 – 2014 95
Gráfica 20. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo para subgrupos de afecciones del periodo perinatal, localidad de Bosa, 2012 – 2014 97
Gráfica 21. Tasas crudas causas externas por quinquenios, localidad de Bosa. 2012 – 2014 98
Gráfica 22. Mortalidad subgrupo causas externas. Bosa, 2012 – 2014 99
Gráfica 23. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo para subgrupos de causas externas, localidad de Bosa, 2012 – 2014 101
Gráfica 24. Tasas crudas por las demás causas y por quinquenios, localidad de Bosa. 2012 – 2014 102
Gráfica 25. Mortalidad subgrupo demás causas. Bosa, 2012 – 2014 103
Gráfica 26. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo para subgrupos de causas externas, localidad de Bosa, 2012 – 2014 105
Gráfica 27. Mortalidad infantil por subgrupo de causas, Bosa, 2012-2014 107
Gráfica 28. Mortalidad 1 a 4 años por subgrupo de causas, Bosa, 2012-2014 109
Gráfica 29. Mortalidad niños y niñas menores de 5 años por grandes grupos de causas, localidad de Bosa, años 2012 - 2014 111
Gráfica 30. Proporción de individuos atendidos por momento del curso de vida. Bosa, Subred y Distrito. 2016 119
Gráfica 31. Individuos atendidos por grupo de causas. Primera infancia. Bosa. 2012-2016 121
Gráfica 32. Tendencia morbilidad individuo, Infancia. Bosa, 2012 -2016 123
Gráfica 33. Tendencia morbilidad individuo, Adolescencia. Bosa, 2012 -2016 125
Gráfica 34. Tendencia morbilidad individuo, Juventud. Bosa, 2012 -2016 127
Gráfica 35. Tendencia morbilidad individuo, Adultez. Bosa, 2012 -2016 129
Gráfica 36. Tendencia morbilidad individuo, Vejez. Bosa, 2012 -2016 131

Gráfica 37. Distribución de la notificación al Sivigila por dimensión prioritaria y momento del curso de vida, localidad de Fontibón, año 2016 137
Gráfica 38. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila dimensión Enfermedades Trasmisibles, localidad de Bosa, 2016 141
Gráfica 39. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, localidad de Bosa, 2016..... 142
Gráfica 40. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión convivencia social y salud mental, localidad de Bosa, 2016 143
Gráfica 41. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión Salud Ambiental, localidad de Bosa, 2016..... 145
Gráfica 42. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila dimensión seguridad alimentaria y nutricional, localidad de Bosa, 2016 146
Gráfica 43. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila dimensión *vida saludable y* condiciones no transmisibles, localidad de Bosa, 2016 147
Gráfica 44. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos VESPA, dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional, localidad de Bosa, 2016..... 152
Gráfica 45. Prevalencia consumo de abusivo de sustancias psicoactivas por sexo y curso de vida. Bosa, 2016 154
Gráfica 46. Distribución relativa de las lesiones de causa externa por sexo y curso de vida localidad y UPZ. Bosa, 2016..... 155
Gráfica 47. Distribución por tipo de conducta suicida por sexo y curso de vida, localidad y UPZ. Bosa, 2016 156
Gráfica 48. Notificación eventos Sivim por sexo y curso de vida, Bosa, 2016..... 157
Gráfica 49. Distribución de discapacidad por curso de vida y sexo de la localidad de Bosa, 2016..... 159
Gráfica 50. Distribución por sexo y seguridad social de la población con discapacidad. Bosa, 2016..... 160
Gráfica 51. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Distrital Sisveso, localidad de Bosa, 2016 161

Gráfica 52. Distribución de la población trabajadora informal por sexo y momentos de curso de vida, Bosa. 2016 162
Gráfica 53. Prevalencia de diabetes mellitus en servicios de salud por sexo. Bosa. 2012-2016 164
Gráfica 54. Comportamiento diabetes mellitus por curso de vida, Bosa, 2012- 2016 165
Gráfica 55..Comportamiento diabetes mellitus por tipo de Red, localidad de Bosa, 2012- 2016 166
Gráfica 56. Pirámides poblacionales caracterizado APS por tipo de población diferencial, localidad de Bosa, año 2016 188
Gráfica 57. Pirámide poblacional personas en condición de discapacidad, localidad de Bosa, Registradas entre 2004 – 2016 195
Gráfica 58. Víctimas del conflicto armado por momento de curso Vital, localidad de Bosa, 2017 200
Gráfica 59. Proporción de las poblaciones diferenciales según volumen demográfico, localidad de Bosa, año 2016 203
Gráfica 60. Proporción de las comunidades étnicas según su clasificación, localidad de Bosa, año 2016 206

Lista de figuras

Figura 1. Convenciones para identificar los elementos de las tensiones en el mapa 313
Figura 2. Primer nodo, dimensión ambiental, localidad de Bosa, 2017 315
Figura 3. Segundo nodo, dimensión poblacional, localidad de Bosa, 2017 321
Figura 4. Tercer nodo, dimensión social, localidad de Bosa, 2017 327
Figura 5. Cuarto nodo, dimensión económica, localidad de Bosa, 2017 335

Lista de mapas

Mapa 1. Contexto territorial, localidad séptima Bosa, 2016 23
Mapa 2. Dimensión poblacional, localidad séptima Bosa, 2016 48
Mapa 3. Dimensión ambiente natural, localidad séptima Bosa, 2016 54

Mapa 4. Dimensión ambiente construido, equipamientos educativos, localidad séptima de Bosa, 2016 62
Mapa 5. Dimensión Ambiente Construido, equipamientos de salud, localidad séptima de Bosa, 2016 64
Mapa 6. Dimensión social, localidad séptima Bosa, 2016 69
Mapa 7. Dimensión económica, localidad séptima Bosa, 2016 72
Mapa 8. Distribución espacial de las poblaciones diferenciales priorizadas, localidad de Bosa, año 2016 209
Mapa 9. Cartografía Social población LGBTI, localidad de Bosa, año 2017 211
Mapa 10. Cartografía Social población PEP, localidad de Bosa, año 2017 213
Mapa 11. Espacialización acciones integradoras, Espacio Público, localidad de Bosa 243
Mapa 12. Cobertura de acciones espacio educativo, localidad de Bosa 255
Mapa 13. Cobertura acciones integradoras, Espacio vivienda, localidad de Bosa 263
Mapa 14. Cobertura de intervenciones epidemiológicas de campo, Vigilancia en Salud Pública, localidad de Bosa 272
Mapa 15. Cobertura de visitas de inspección, vigilancia y control sanitario, Subsistema Sisvea de Vigilancia en Salud Pública, localidad de Bosa 282
Mapa 16. Gestión de programas y acciones de interés en Salud Pública, localidad de Bosa 288
Mapa 17. Gestión e intervención de las políticas públicas en la localidad de Bosa, vigencia abril 2017 -febrero 2018, Gobernanza. 293
Mapa 18. Nodos identificados para la localidad de Bosa, 2017 314
Mapa 19. Respuesta y recomendaciones para la localidad de Bosa, 2017 347

Acronimos

Accvsye: Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad

BPN: bajo peso al nacer

Cendes: Centro de Estudios del Desarrollo

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

E.A.A.B: Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá

E.S.E: Empresa Social del Estado

DPAE: Dirección de Prevención de Emergencias

Ha: Hectárea

Ideca: Infraestructura de Datos Espaciales del Distrito Capital

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IRCA: Índice de riesgo de calidad del agua

Fopae: Fondo de prevención de atención de emergencias

Idiger: Instituto Distrital de Gestión del Riesgo

Lgbti: Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intergeneracionales

m.s.n.m: metros sobre el nivel del mar

ONIC: Organización Nacional Indígena de Colombia

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública

POT: Plan de Ordenamiento Territorial.

Pspic: Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas

RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios

Rmcab: Red de Monitoreo de Calidad del Aire en Bogotá

RUAF: Registro Único de Afiliados

Sivelce: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa

Sivigila: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

Sgsss: Sistema General de Seguridad Social en Salud

UPZ: Unidad de Planeamiento Zonal

VIH–SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Humana – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

ZMPA: Zona de Manejo y Protección Ambiental.

INTRODUCCIÓN

El presente documento responde a la necesidad de analizar las condiciones de la población residente de la localidad séptima de Bosa que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE[1], respondiendo a la pregunta de ¿cómo se expresan las condiciones que afectan la calidad de vida y la relación entre salud y enfermedad? lo cual define un abordaje desde una perspectiva de atención en salud basada en la salud urbana, la gestión del riesgo y en el fortalecimiento del trabajo en red para la integralidad de los servicios de salud.

El análisis presentado buscará integrar la información disponible, respecto a la localidad séptima de Bosa, desde la perspectiva cuantitativa, cualitativa y espacial para el seguimiento y monitoreo de la calidad de vida. Es así como, el análisis de las condiciones representa un enfoque ecológico para abordar la relación salud – enfermedad en una población que se desarrolla en un contexto siempre complejo. Para esto, ecológico se entiende como holístico, en tanto interpreta la situación desde los datos estadísticos, pero además en su relación geoespacial y de determinantes sociales.

El documento consta de seis capítulos a saber: 1. Caracterización del contexto territorial y demográfico, 2. Análisis de Calidad de vida y salud (determinantes) 3. Mortalidad y morbilidad, 4. Análisis diferencial de poblaciones 5. Acciones en Salud Pública y 6. Análisis y síntesis. El primer capítulo representa la relación territorio – población, destacando los aspectos relevantes de sus características geográficas, donde se empezarán a describir los múltiples factores que determinan las condiciones de vida de la población de la localidad. Luego, se encuentra la descripción demográfica general.

El segundo capítulo presenta el análisis de condiciones y calidad de vida, desde un enfoque de determinantes sociales de la salud, ofreciendo un contexto estructural e intermedio sobre el escenario donde confluye la población. El tercer capítulo contiene un análisis cuantitativo de la mortalidad de acuerdo a la agrupación de causas 6/67 incluyendo la materna, infantil y

[1] Creada a partir del Acuerdo 641 de 2016, del Concejo de Bogotá D.C.,*"* Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital*"*

niñez; y en cuanto a morbilidad presenta la información generada en la morbilidad general y análisis de prestación de servicios siendo la fuente RIPS y eventos de vigilancia en salud pública captada a través de Sivigila nacional y distrital; tanto para mortalidad como para morbilidad se definirán las respectivas prioridades. El capítulo cuarto pretende actualizar las características del componente poblacional diferencial para la localidad, incluyendo sus condiciones y situaciones particulares, con el fin de generar un diagnóstico de las condiciones en salud para cada una de estas poblaciones, para esto se debe realizar la apropiación conceptual, estado del arte y priorización a través de la metodología Cendes, con el respectivo análisis de información que incluye la caracterización demográfica, de morbi-mortalidad y oferta de salud.

El capítulo cinco acciones en salud Pública incluye la caracterización, metodología y resultados de las intervenciones tanto de los espacios como de los componentes del PIC y finalmente el capítulo seis hace un análisis y síntesis de los hallazgos presentados durante el documento a través de la configuración del territorio, de tal forma que se pueda dar respuesta a las situaciones no deseables priorizadas en la localidad. (1)

De esta manera, el documento de análisis se transforma en insumo para la toma de decisiones en materia de mejoramiento de calidad de vida como fundamento de la protección social y la evaluación de políticas públicas en salud. A su vez, recoge el aprendizaje sobre los diagnósticos locales en salud realizados por la Secretaría Distrital de Salud en la red pública distrital.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Generar información sobre las condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de la población de la localidad séptima de Bosa, perteneciente a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, para orientar la toma de decisiones, la planeación local, distrital e institucional, en un marco de articulación intersectorial e intrasectorial y con la comunidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar el contexto territorial y demográfico para identificar las condiciones que afectan la calidad de vida de la población.
- Identificar las condiciones de vida, a través de un enfoque de determinantes sociales, que permita dar cuenta de la disponibilidad de servicios en el territorio.
- Registrar e interpretar la mortalidad y morbilidad, como insumo en la toma de decisiones para la transformación e incidencia de la calidad de vida y salud de la población.
- Actualizar las características del componente poblacional diferencial que incluya sus condiciones y situaciones particulares con el fin de generar un diagnóstico de las condiciones en salud para cada una de estas poblaciones.
- Analizar las intervenciones realizadas en salud pública, con el fin de orientar el accionar de la Subred, de tal forma que la respuesta incida en las condiciones y calidad de vida de la población.
- Configurar el territorio a través de la comprensión del mismo, identificación de desigualdades y priorización de las acciones a realizar, desde los diferentes sectores de tal forma que se puedan orientar las agendas locales, políticas, programas y prácticas de reducción de la inequidad en salud

CAPITULO 1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRAFICO

1.1. CONTEXTO TERRITORIAL

La localidad 7 de Bosa la componen 5 UPZ: Porvenir, Bosa Central, Bosa Occidental, Tintal Sur y Apogeo. Tiene una extensión total de 2.393,30 Ha de las cuales 1.932 Ha corresponden a suelo urbano y 460,8 Ha corresponden a suelo de expansión. Limita al norte con la localidad de Kennedy, al oriente con las localidades de Kennedy y Ciudad Bolívar, por el sur con la localidad de Ciudad Bolívar y el municipio de Soacha y por el occidente con el municipio de Mosquera.

El relieve de la localidad es plano con una altura promedio 2.548 msnm, encontrando una altura máxima de 2.561 msnm y una mínima de 2.535. Las zonas de mayor elevación en la localidad se encuentran en la UPZ 49 Apogeo y la zona comercial de la UPZ 85 Bosa Central. Las zonas de elevación intermedia se ubican en las zonas residenciales más antiguas de la UPZ 84 Central y en toda la UPZ 85 Occidental, y las zonas de menor elevación se ubican en las UPZ 86 Porvenir y 87 Tintal Sur. Al igual que las otras tres localidades de la Subred, la localidad de Bosa se caracteriza por tener una topografía plana, cuenta con una precipitación anual de 633 mm.

La mayoría de la población de la localidad reside en el estrato 2 con un porcentaje del 87,75 % (118.802 lotes), en el estrato 1 se encuentran 6,48 % (8.777 lotes), en el estrato 3 se encuentran 2,47 % (3.350 lotes) y en el estrato 0 se encuentran 3,29 % (4.451 lotes).

Respecto al sistema hídrico, el principal afluente es el Río Bogotá en la parte occidental de la localidad como límite natural con el municipio de Mosquera. Entre sus humedales están la Isla y Tibanica. Particularmente, el humedal Tibanica aporta el 23 % a la extensión ocupada por los humedales en el territorio de la Subred. También está la Cuenca del río Tunjuelo, conformada por una zona alta propicia para actividades agrícolas y una zona baja actualmente urbanizada, que se caracteriza por regímenes de alta pluviosidad que producen crecientes de gran magnitud, en esta cuenca se localizan las UPZ Apogeo y Bosa Occidental en la localidad de Bosa, siendo este territorio un foco de contaminación apto para la proliferación de roedores y vectores y el vertimiento de agua residual del cementerio El Apogeo y las construcciones ilegales en la ronda de los ríos.

Tabla 1. Clasificación y extensión por UPZ, estrato, superficie y barrios, Bosa, 2011

No. UPZ	Nombre UPZ	Clasificación	Estrato	Superficie Ha	Superficie %	Cantidad manzanas	No. Barrios	Zonas protegidas Ha
49	Apogeo	Residencial consolidado	1 -2 - 3	211	8,8	227	9	106,7
84	Bosa Occidental	Residencial urbanización incompleta	1 - 2	430	18,0	1177	181	307,4
85	Bosa Central	Residencial urbanización incompleta	2	715	29,9	1317	135	508
86	El Porvenir	Desarrollo	1 – 2	461	19,3	437	42	255,8
87	Tintal Sur	Desarrollo	1 - 2	577	24,1	153	34	285,5

Fuente: SDP, Decreto 619 del 2000, Decreto 190 del 2004 y Decreto 544 de 2009, Bogotá D. C.

En la localidad se encuentran 250 parques pertenecientes al sistema distrital de parques dentro de la cual existe una clasificación que se distribuye de la siguiente manera: 104 parques de bolsillo, 3 parques metropolitanos, 6 parques zonales, 1 parque zonal propuesto y 136 parques vecinales. Estos parques tienen un área total de 125,88 Ha lo cual equivale al 5,26 % de la extensión total de la localidad de Bosa siendo las UPZ 85 Bosa Central y 86 Bosa Occidental las que mayor área de parques presentaron.

En Bogotá, existen tres tipos de suelo reglamentados: área de expansión urbana, área rural y área urbana. La localidad séptima de Bosa de acuerdo al Decreto 190 del 22 de junio del 2004 tiene área urbana y área de expansión urbana, las cuales tienen un área de 1946,97 hectáreas y 459,19 hectáreas respectivamente y corresponden al 81 % y 19 % de la superficie de la localidad de Bosa.

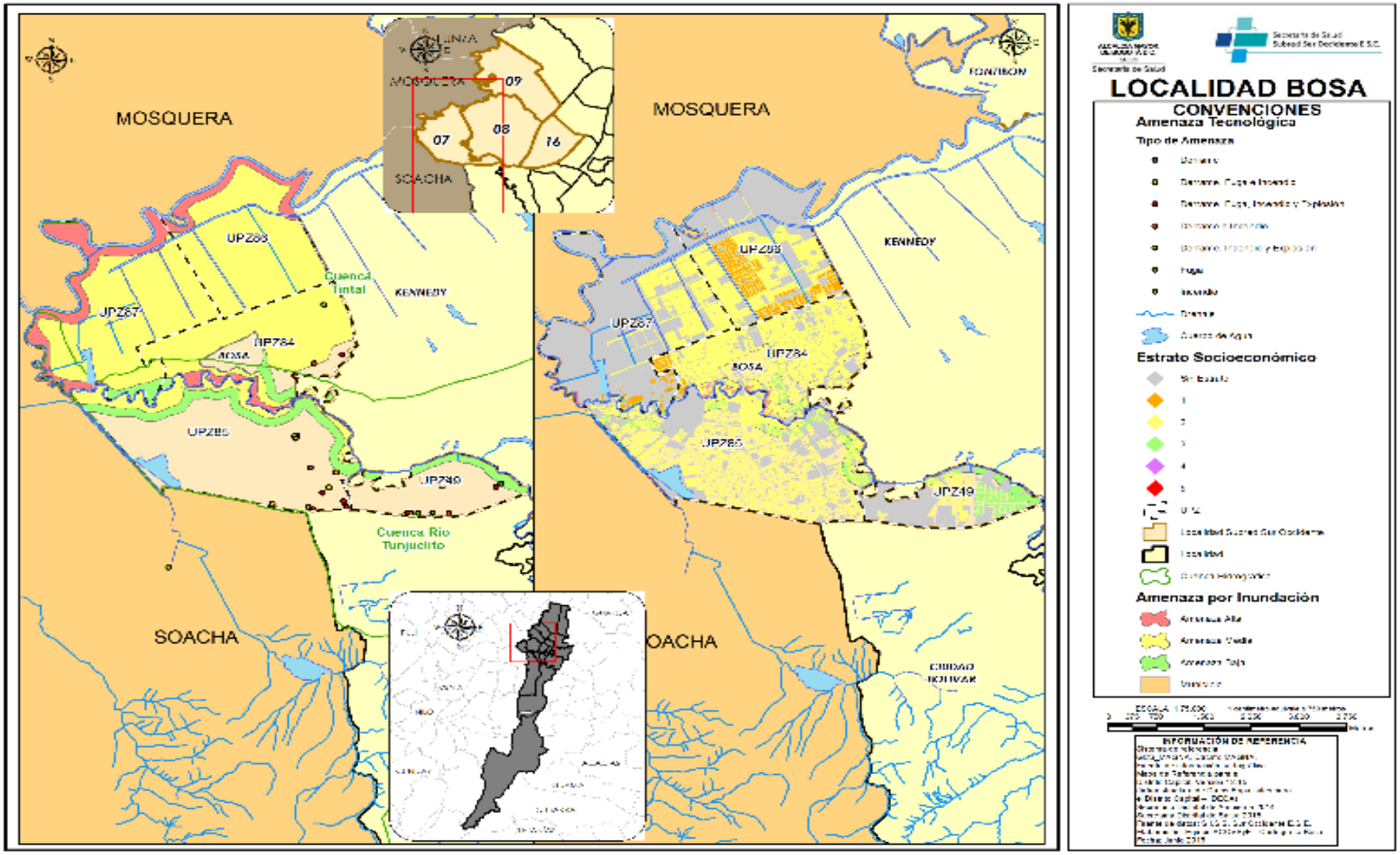
Como zonas de amenaza ambiental se encuentran el río Tunjuelo que deposita sus aguas al río Bogotá y hace parte de uno de los asentamientos humanos más extensos y quizá, con uno de los más altos índices de pobreza y marginalidad de la ciudad. El río Bogotá presenta

a cada lado jarillones construidos entre 1980-1981, que fueron diseñados para un periodo de retorno de 10 años, ya que el uso del suelo del sector era agrícola. En el mapa 1 se observan las zonas de amenaza de inundación diferenciadas por riesgo alto, medio y bajo.

Con el transcurso del tiempo a medida que se ha ido urbanizando esta zona, han sido levantados por sectores y en algunas partes han sufrido deterioros por la intervención del hombre, razón por lo cual existen diferentes niveles de seguridad a lo largo del río. Los sectores de los siguientes barrios aledaños al río Bogotá se encuentran en zona de amenaza alta por inundación: Osorio XXIII, Cañaveralejo, El Recuerdo, Ciudadela el Recreo y San Bernardino XXV, entre otros. El río Tunjuelo, presenta las mismas características y para el control de inundaciones posee tres estructuras que regulan los caudales en la parte baja. Los sectores de los siguientes barrios aledaños al río Tunjuelo se encuentran en zona de amenaza alta por inundación: San Bernardino XXII, San Bernardino XXIII, La Independencia, San Pedro y Bosa La Paz, entre otros.

Como zonas de amenaza ambiental también se encuentran las amenazas tecnológicas de las 28 industrias medianas o grandes que se encuentran ubicadas en la localidad, las cuales se encuentran principalmente ubicadas en las UPZ 49 Apogeo y al oriente de la UPZ 85 Bosa Central y 3 industrias en la UPZ 84 Bosa Occidental. Estas industrias presentan, de acuerdo a la clasificación dada en su momento (2006) por la, DPAE – Fopae ahora Idiger, como riesgos de derrame (n:1), fuga (n:2), incendio (n:1) y explosión (n:0); igualmente, en las siguientes combinaciones encontradas en la localidad: derrame, fuga e incendio (n: 7), derrame, fuga, incendio y explosión (n: 7), derrame e incendio (n: 3) y derrame, incendio y explosión (n: 7).

Mapa 1. Contexto Territorial, localidad séptima Bosa, 2016



1.2. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA

1.2.1. Aspectos cuantitativos

Para el año 2016, la localidad de Bosa tenía una población de 709.039 personas, lo que representa el 8,9 % del total de población proyectada para el Distrito en el mismo año (7.980.001 personas), y el 28,1 % del total de población que reside en la Subred Sur Occidente (2.525.093 habitantes). (2) La localidad de Bosa para el año 2016 tuvo una densidad poblacional de 296,3 hab./ha., en comparación con el año 2005, la localidad ha presentado un incremento de 90 habitantes por hectárea, (206,7 vs. 237,6).

Tabla 2. Distribución en edades quinquenales por sexo, localidad de Bosa, 2016

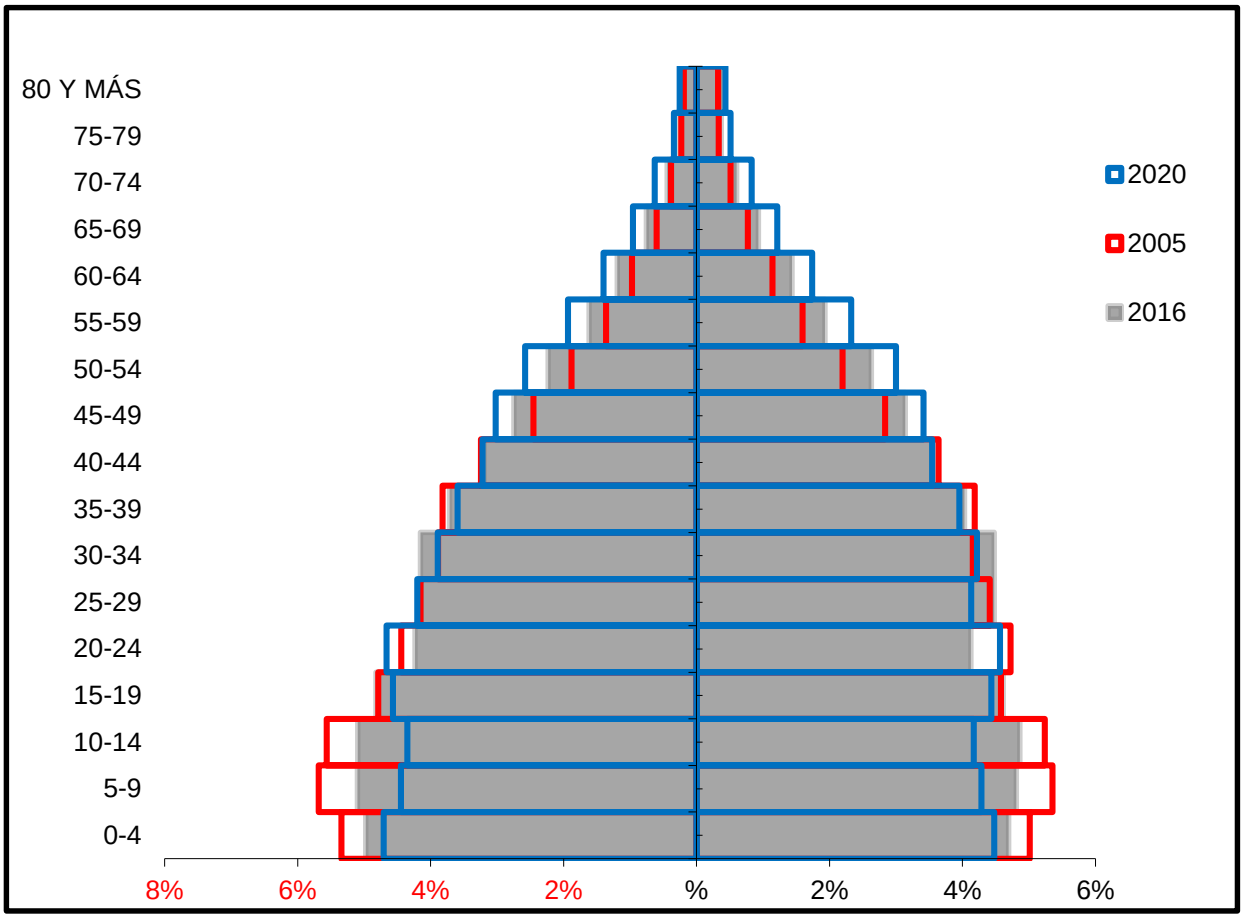
Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
0-4	33.371	4,7	31.761	4,5	65.132	9,2
5-9	31.540	4,4	30.390	4,3	61.930	8,7
10-14	30.863	4,4	29.558	4,2	60.421	8,5
15-19	32.378	4,6	31.449	4,4	63.827	9,0
20-24	33.061	4,7	32.369	4,6	65.430	9,2
25-29	29.773	4,2	29.287	4,1	59.060	8,3
30-34	27.596	3,9	29.902	4,2	57.498	8,1
35-39	25.479	3,6	28.038	4,0	53.517	7,5
40-44	22.818	3,2	25.120	3,5	47.938	6,8
45-49	21.432	3,0	24.202	3,4	45.634	6,4
50-54	18.286	2,6	21.262	3,0	39.548	5,6
55-59	13.700	1,9	16.498	2,3	30.198	4,3
60-64	9.934	1,4	12.314	1,7	22.248	3,1
65-69	6.773	1,0	8.618	1,2	15.391	2,2

70-74	4.454	0,6	5.883	0,8	10.337	1,5
75-79	2.419	0,3	3.634	0,5	6.053	0,9
80 +	1.799	0,3	3.078	0,4	4.877	0,7
Total	345.676	**48,8**	363.363	**51,2**	709.039	**100,0**

Fuente: DANE, proyecciones de población, 2016

La población menor de 5 años y de 20 a 24 son los quinquenios que porcentualmente tienen más representación con respecto al resto de edades quinquenales, situación que se refleja en ambos sexos; al realizar la discriminación por sexo se observa que predominan las mujeres alcanzando el 51,2 % de la población total de la localidad (363.363 mujeres).

Gráfica 1. Pirámide de Población localidad de Bosa, 2005, 2016 y 2020



Fuente: DANE, proyecciones poblacionales, 2005 – 2016

La transición demográfica por la cual se está atravesando ha incidido en el cambio de la estructura por edad de la población, esta situación se caracteriza por la reducción de la población infantil y juvenil lo cual favorece el mayor peso relativo de las personas mayores; así las cosas, la pirámide poblacional de la localidad de Bosa es tipo regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base en el año 2020 comparado con el año 2005, los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios y a medida que se avanza se percibe el estrechamiento que representa a las personas mayores, además del descenso de la mortalidad. Se proyecta que para el año 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población en edades avanzadas.

Tabla 3. Distribución de la población por momentos del curso de vida y sexo, localidad de Bosa, 2016

Momentos del curso de vida	Hombre		Mujer		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primera Infancia (0 - 5 años)	39.821	5,6	37.949	5,4	77.770	11,0
Infancia (6 - 11 años)	37.268	5,3	35.912	5,1	73.180	10,3
Adolescencia (12 - 17 años)	37.909	5,3	36.445	5,1	74.354	10,5
Juventud (18 - 28 años)	70.292	9,9	68.791	9,7	139.083	19,6
Adultez (29 - 59 años)	135.007	19,0	150.739	21,3	285.746	40,3
Vejez (> 60 años)	25.379	3,6	33.527	4,7	58.906	8,3
Total	345.676	48,8	363.363	51,2	709.039	100,0

Fuente: DANE, proyecciones poblacionales, 2016

1.2.2. Distribución Espacial

Para el año 2015, el 2,9 % (17.996 personas) de la población de la localidad de Bosa se consideró con algún tipo de pertenencia étnica, de los cuales la población afrocolombianos tiene el mayor porcentaje con el 59,1 % del total de población étnica de la localidad, seguido de la población indígena con el 38,2 %. En este territorio, se concentra uno de los dos

cabildos de la comunidad Muisca, quienes generaron los primeros asentamientos humanos en la zona y se consideran poseedores del territorio ancestral. Las comunidades afro se han venido organizando en el territorio a partir de su condición de víctimas del conflicto armado, reivindicando el rol de las parteras en la medicina ancestral.

Al realizar el análisis por momentos del curso de vida de la población general, la adultez es el grupo más representativo con respecto a los demás, representando el 40 % del total de la población, seguido por la juventud con el 20 % del total de la población, es decir, el 60 % de la población residente en la localidad séptima se encuentran entre los 18 y 59 años de edad, sin diferencias entre sexos.

Tabla 4. Distribución población diferencial localidad de Bosa. Subred Sur Occidente. 2015

Localidad	Etnias								Población Habitante de calle		LGBTI		Discapacidad	
	Indígenas		Afro descendientes		Raizales		ROM Gitano							
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	Homo-sexual	Bisexual	No.	%
Bosa	6.882	16,5	10.627	28,2	120	5,7	267	17,8	88	12	23.904	566	17.022	26,8
Subred	41.799	100	37.717	100	2.107	100	1.501	100	728	100	24.949	1.873	63.520	100

Fuente: SDP, EMB 2014. SDS, ASIS Diferencial, preliminar 2015

Para el 2015, la localidad de Bosa registró 88 personas habitantes de calle, el 12,2 % del total de población habitante de calle de la Subred Sur Occidente. Según la Encuesta Multipropósito de 2014, la población Lgbti de la localidad de Bosa representan el 1,1 % del total de la población residente en el distrito y el 91 % de la población Lgbti de la Subred Sur Occidente, siendo la localidad con más personas reconocidas como homosexuales en esta Subred.

Respecto a la población con discapacidad 2004 - 2015 se tomó la información de la caracterización sociodemográfica realizada por el subsistema de Vigilancia de

la discapacidad; de acuerdo a esta información se han identificado 17.022 personas con discapacidad en la localidad, representando el 26,8 % del total de la población con discapacidad residente en la Subred. Aun cuando no se hayan obtenido datos sobre población víctima del conflicto armado, es relevante mencionar que la localidad de Bosa ocupa el segundo lugar en el distrito como receptora de esta población, siendo uno de los factores condicionantes del crecimiento demográfico y el desarrollo urbanístico.

Tabla 5. Distribución de población por aseguramiento. Bosa, Subred y Distrito. 2016

Localización	Contributivo		Subsidiado		Excepción		No afiliados	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bosa	476.346	67,2	139.792	19,7	11.345	1,6	4.991	0,7
Subred Sur Occidente	1.914.679	75,8	319.635	12,7	66.540	2,6	16.632	0,7
Bogotá D.C.	6.181.534	77,5	1.166.823	14,6	207.739	2,6	49.409	0,6

Fuente: Contributivo-Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. * BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016). * DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Proyección población DANE a 2016. Maestro Subsidiado SDS, corte 31 de diciembre de 2016

En relación con el aseguramiento, la mayor concentración de población de la localidad se encuentra en el régimen contributivo con el 67,2 %; en relación a la Subred y el distrito este porcentaje es más bajo, por el contrario, el régimen subsidiado reporta una prevalencia del 19,7 %, mayor que en la Subred y el Distrito. La menor proporción se encuentra en los no afiliados con el 0,7 % y el régimen de excepción con el 1,6 %, con un comportamiento similar en los demás niveles territoriales.

1.3. DINÁMICA DEMOGRÁFICA

En números absolutos, la población de la localidad de Bosa aumentó en el periodo 2005 - 2016, este comportamiento se observa para ambos sexos. Con respecto a los indicadores de la estructura demográfica, se observa una disminución en la razón niños: mujer, el índice de infancia, el índice demográfico de dependencia, el índice de dependencia infantil y el índice de Friz, los cuales representan la disminución de la población más joven, es decir, la

población económicamente dependiente con respecto a la población económicamente activa, en consecuencia, el índice de vejez aumentará 3 puntos del año 2005 al 2020.

Tabla 6. Indicadores demográficos, localidad de Bosa, 2016

Índice Demográfico	Año		
	2005	2016	2020
Población total	495.283	569.093	709.039
Población Masculina	242.684	278.379	345.676
Población femenina	252.599	290.714	363.363
Relación hombres: mujer	96,07	95,76	95
Razón niños: mujer	36	34	33
Índice de infancia	32	30	26
Índice de juventud	27	26	27
Índice de vejez	5	7	8
Índice de envejecimiento	17	22	31
Índice demográfico de dependencia	55,12	50,42	46,22
Índice de dependencia infantil	49,93	44,44	38,66
Índice de dependencia mayores	5,19	5,98	7,56
Índice de Friz	147,24	134,31	122,84

Fuente: DANE, proyecciones poblacionales, 2016

Para el año 2016, la natalidad y la fecundidad en la población del distrito, la Subred y la localidad de Bosa disminuyeron con respecto al año 2012, situación que influye en el crecimiento natural de la población, el cual presenta un comportamiento similar, sin embargo, es importante destacar que este crecimiento también se ve influenciado por el número de muertes que ocurrieron en el mismo período, las cuales igualmente disminuyeron, aunado a lo anterior, la Tasa General de Fecundidad de la localidad en el año 2016 fue de 40 nacidos

vivos por cada 1.000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años), 5,8 menos con respecto al año anterior (2015). (3)

Tabla 7. Otros indicadores demográficos, localidad de Bosa, 2016

Indicadores	Territorio	2012	2014	2016
Tasa de crecimiento anual	Bosa	1,4	1,3	1,3(2015)
Tasa bruta de natalidad	Bosa	17,4	15,8	14,2
	Subred Sur Occidente	15,1	14,4	12,3
	Bogotá D.C.	14,2	13,3	12,3
Tasa global de fecundidad	Bosa	2,0	1,9	1,6
	Subred Sur Occidente	1,8	1,7	1,5
	Bogotá D.C.	1,7	1,6	1,5
Tasa general de fecundidad	Bosa	48,7	44,8	40,0
	Subred Sur Occidente	42	40,6	35,2
	Bogotá D.C.	39,7	37,7	35,6
Razón de dependencia	Bosa	23,2	21,2	18,3
	Subred Sur Occidente	16,7	15,4	13,7
	Bogotá D.C.	14,3	13,3	11,8

Fuente: DANE, proyecciones poblacionales, series de nacimientos y defunciones, 2012, 2014 y 2016

El índice de dependencia mide el promedio de las personas económicamente dependientes por cada 100 personas económicamente activas (15 a 64 años) realizando una aproximación de la relación entre la magnitud de la fuerza de trabajo y la población pasiva, dicho indicador muestra una disminución a expensas de la reducción sostenida de las personas jóvenes y los descensos de la fecundidad; en el año 2016, por cada 100 personas entre 15 a 64 años, habían 18,3 personas menores de 15 años y mayores de 65 años, en el año 2012 esta población fue de 23,7 personas.

Tabla 8. Tasa global de fecundidad, Bosa, Subred Sur Occidente y Bogotá, 2012, 2014 y 2016

Edad	Tasa global de fecundidad								
	Bosa			Subred Sur Occidente			Bogotá D. C.		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016
10-14	1,1	1,7	1,4	1,6	1,3	0,9	1,6	1,4	1,1
15-19	45,6	68,8	57,2	63,3	54,5	42,7	59,2	52,3	43,5
20-24	78,2	121,6	98,6	100,0	95,3	80,1	90,4	86,5	79,2
25-29	69,9	90,9	81,4	81,8	81,4	77,2	74,8	76,1	76,3
30-34	63,2	53,7	55,8	59,2	58,9	56,6	59,2	59,2	57,9
35-39	36,2	25,8	27,2	33,2	33,1	30,8	33,1	34,1	33,7
40-44	9,2	8,4	7,1	9,5	8,1	8,2	9,2	8,6	8,6
45-49	0,7	0,7	0,6	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
50-54	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1

Fuente: DANE, proyecciones poblacionales, series de nacimientos, 2012, 2014 y 2016

La Tasa Global de Fecundidad mide el número de hijos que en promedio tiene una mujer en edad fértil; en el año 2016, las tasas más altas se registraron en las mujeres de 20 a 24 años para los 3 territorios analizados, seguido de las tasas de mujeres entre 25 y 29 años, sin embargo, las diferencias entre tasas de un rango de edad al otro son ostensibles en la localidad de Bosa, con respecto a la Subred y al distrito donde las tasas se aproximan en sus valores.

Tabla 9. Razón de masculinidad, Bosa, Subred Sur Occidente y Bogotá, 2012, 2014 y 2016

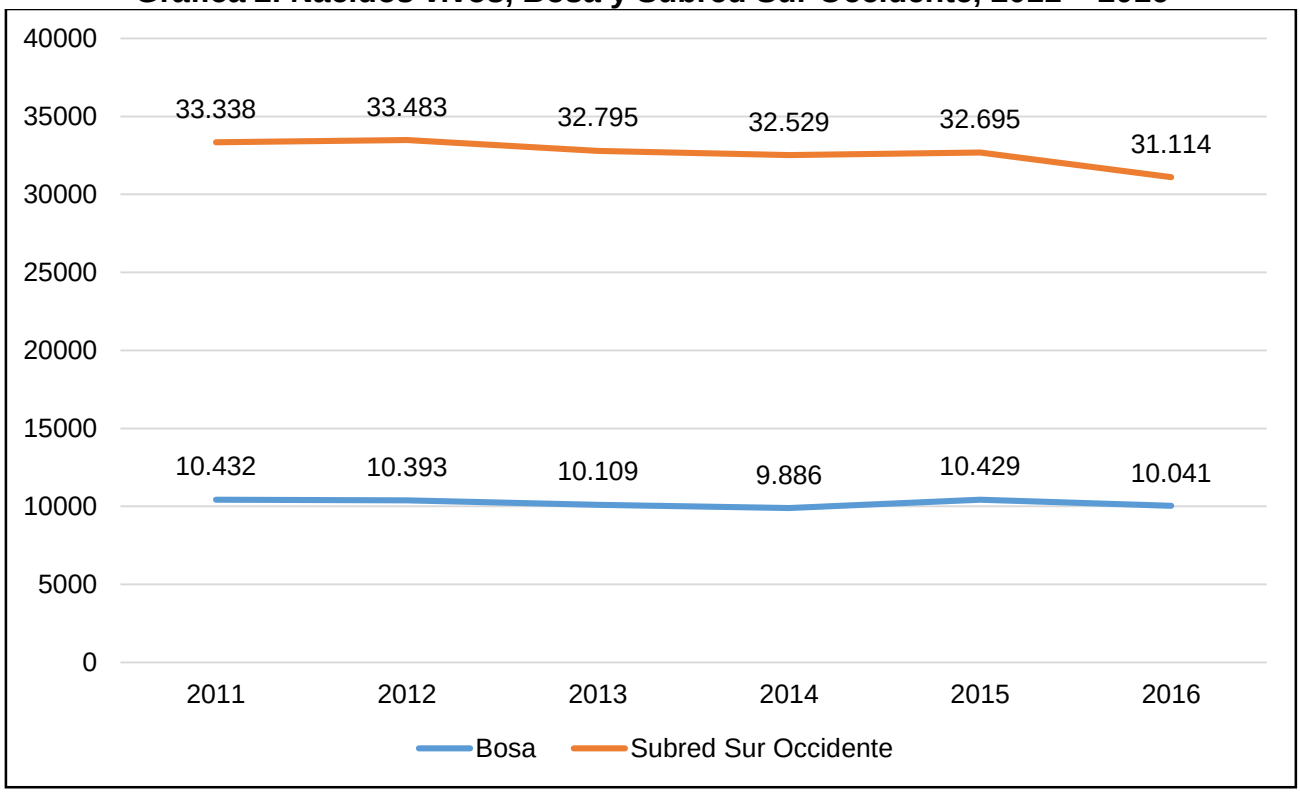
Edad	Razón de masculinidad								
	Bosa			Subred Sur Occidente			Bogotá D. C.		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016
0-4	106	106	105	106	106	105	105	105	106
5-9	106	106	104	106	106	105	105	105	105
10-14	105	105	104	105	105	105	104	105	105
15-19	104	103	103	104	103	103	103	103	103
20-24	104	103	102	104	103	103	103	103	102
25-29	95	100	102	95	100	102	94	99	102
30-34	92	91	92	92	91	93	91	90	92
35-39	92	92	91	92	92	91	91	91	91
40-44	90	91	91	90	91	91	89	90	91
45-49	88	88	89	88	88	89	87	88	89
50-54	85	86	86	85	86	86	84	85	86
55-59	83	83	83	83	83	83	82	83	83
60-64	82	82	81	82	82	81	81	81	81
65-69	81	80	79	81	80	79	80	79	79
70-74	75	76	76	75	77	76	74	76	76
75-79	68	67	67	65	65	67	65	65	67
80 +	59	59	58	59	59	59	58	58	58
Total	**96**	**96**	**95**	**94**	**95**	**95**	**93,3**	**93,5**	**94**

Fuente: DANE, proyecciones poblacionales 2012, 2014 y 2016

La razón de masculinidad expresa la relación existente entre hombres y mujeres en un territorio. En el año 2016, en la localidad de Bosa por cada 100 mujeres existían 95 hombres, indicador que disminuyó con respecto al año 2014, situación inversa a la presentada en la Subred Sur Occidente y Bogotá, donde el indicador ha aumentado. Esta relación es relevante

en aspectos socioeconómicos, en entornos donde las ofertas laborales para los hombres son más y mejor remuneradas, con respecto a las que existen para las mujeres, así las cosas, trata de estimar la capacidad adquisitiva de los hogares.

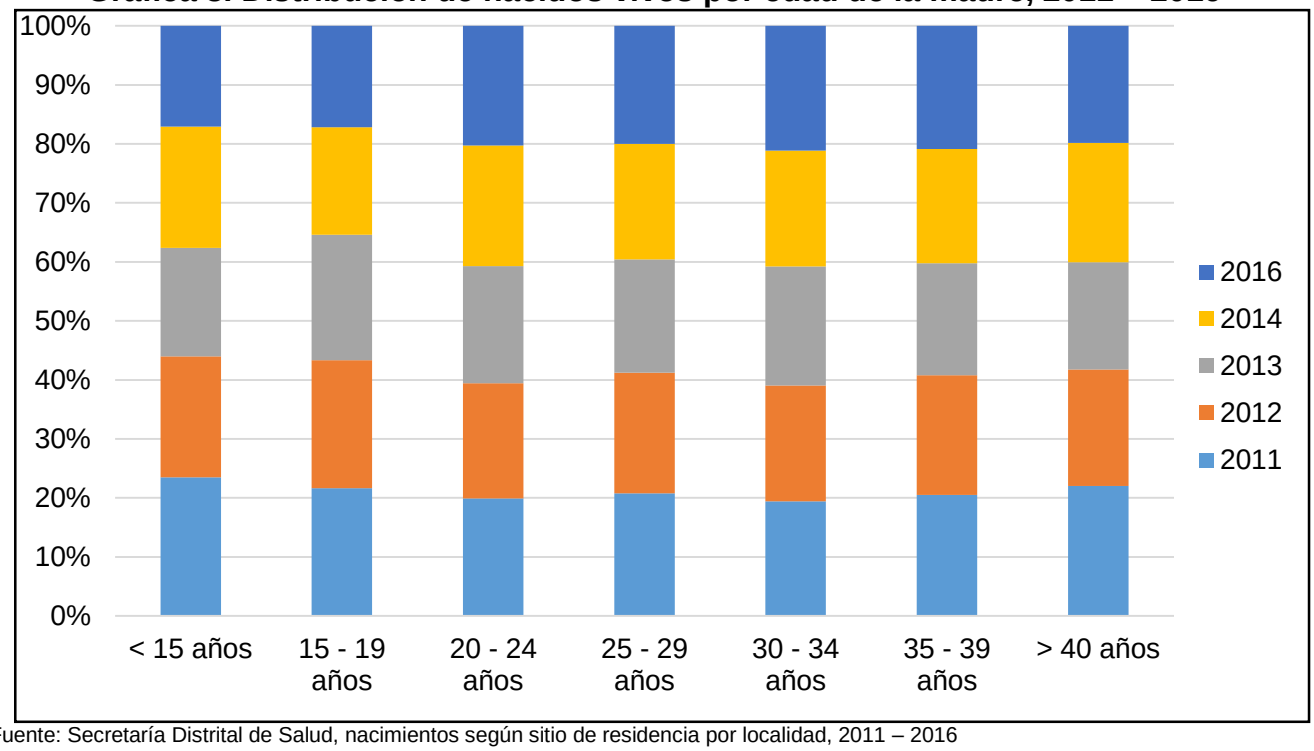
Gráfica 2. Nacidos vivos, Bosa y Subred Sur Occidente, 2011 – 2016



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, nacimientos según sitio de residencia por localidad, 2011 – 2016

Con respecto al comportamiento del número de nacidos vivos en la localidad y en la Subred se evidencia que este es estacional con tendencia descendente, siendo más notorio en la Subred donde se cuantifica una disminución de 2.224 nacidos vivos con respecto a una disminución de 391 en la localidad de Bosa en el último período de 6 años. Para la localidad, se observó un primer descenso de nacidos vivos desde el año 2011 hasta el 2014, alcanzando una disminución de 566 nacidos vivos, en el año 2015 se registró un aumento de este hecho vital, sin embargo, para el 2016 volvió a descender.

Gráfica 3. Distribución de nacidos vivos por edad de la madre, 2011 – 2016

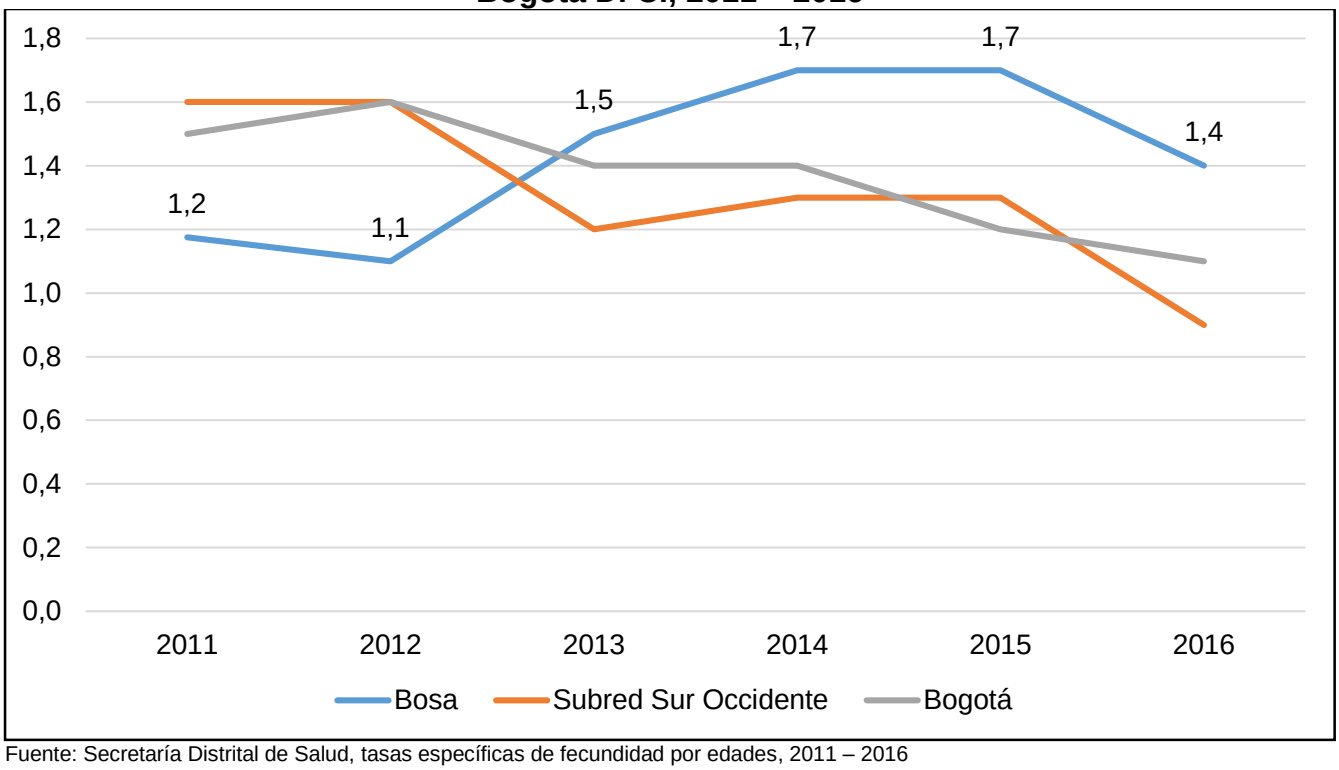


Fuente: Secretaría Distrital de Salud, nacimientos según sitio de residencia por localidad, 2011 – 2016

En la localidad de Bosa se presenta la siguiente distribución, respecto al comportamiento de la fecundidad desagregada por la edad de la madre, el 53 % de las mujeres que tuvieron sus hijos en el período 2011 a 2016 estaban entre los 20 a los 29 años de edad, otro 20 % de ellas eran adolescentes (entre los 15 y los 19 años de edad); en un menor porcentaje se encuentran las mujeres de 10 a 14 años y las mayores de 40 de edad, con el 0,5 % y el 1,9 % respectivamente.

La localidad de Bosa ha reportado la tasa de fecundidad en las adolescentes entre 10 y 14 años más elevada de la Subred, alcanzando en el año 2015 1,7 nacimientos por mil adolescentes de este grupo edad. Lo anterior evidencia un inicio temprano de las relaciones sexuales en adolescentes, especialmente en situaciones de fragilidad social, que se ven de manera más marcada en esta localidad. Respecto a la fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años la localidad vuelve a reportar la tasa más elevada, que para el año 2015, alcanza 69,1 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres de este grupo de edad.

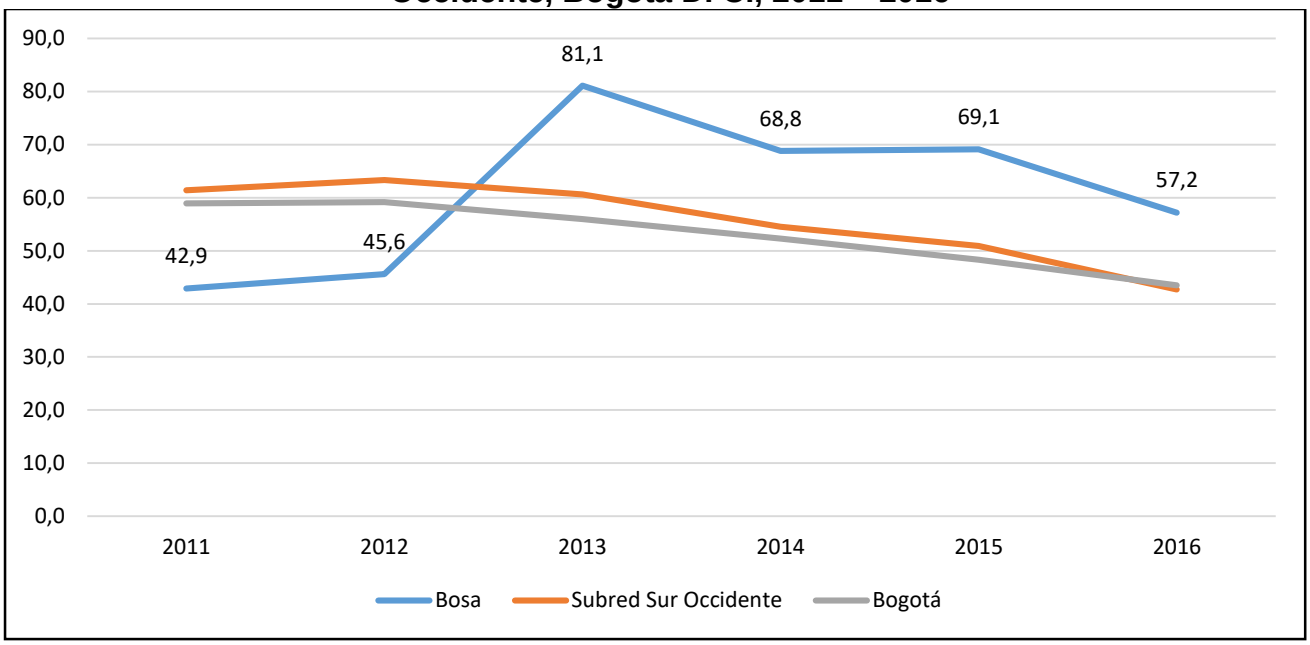
Gráfica 4. Tasa específica de fecundidad de 10 a 14 años, Bosa, Subred Sur Occidente, Bogotá D. C., 2011 – 2016



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, tasas específicas de fecundidad por edades, 2011 – 2016

En general la Subred y Bogotá presentan para ambos indicadores un comportamiento descendente, siendo esta disminución más marcada en la Subred para la tasa especifica de fecundidad en las adolescentes de 15 a 19 años, con una disminución de 18,7 puntos en el año 2016 con respecto al 2011. La situación no se asemeja a la presentada en la localidad de Bosa, donde por el contrario para ambos indicadores el comportamiento es ascendente, siendo este aumento más significativo en las adolescentes de 15 a 19 años con 14,3 puntos más en el año 2016 con respecto al 2011; es importante destacar que este indicador presenta un descenso desde al año 2015, sin embargo, aún se encuentra por encima de la tasa presentada en el año 2011 (1,4 vs. 1,2).

Gráfica 5. Tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años, Bosa, Subred Sur Occidente, Bogotá D. C., 2011 – 2016



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, tasas específicas de fecundidad por edades, 2011 – 2016

Al analizar porcentualmente el comportamiento de la fecundidad en adolescentes, se observa que esta presenta un comportamiento estacional comparando el inicio del período con el final del mismo, sin embargo, durante el período se han presentado fluctuaciones.

Tabla 10. Variables sociodemográficas, nacimientos en adolescentes, Bosa 2012 – 2016

Variables sociodemográficas		2012		2013		2014		2015		2016	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Etnia	Indígena	3	0,1	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0
	ROM	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0
	Raizal	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0
	Negro (a), Mulato (a), Afrocolombiano (a) o Afrodescendiente	11	0,5	22	1,0	12	0,6	10	0,5	18	1,0
	Ninguno	2348	99,4	2247	99,0	1940	99,4	1964	99,4	1822	99,0

Régimen de aseguramiento	Contributivo	1235	52,3	1155	50,9	1000	51,2	1087	55,0	1015	55,2
	Subsidiado	815	34,5	853	37,6	771	39,5	784	39,7	750	40,8
	Excepción	24	1,0	17	0,7	23	1,2	16	0,8	14	0,8
	Especial	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
	No afiliado	288	12,2	245	10,8	157	8,0	88	4,5	61	3,3
Nivel educativo	Preescolar	0	0,0	3	0,1	2	0,1	2	0,1	0	0,0
	Básica primaria	170	7,2	178	7,8	140	7,2	144	7,3	158	8,6
	Básica secundaria	928	39,3	818	36,0	671	34,4	749	37,9	672	36,5
	Media	1097	46,4	1076	47,4	974	49,9	935	47,3	830	45,1
	Media técnica	38	1,6	48	2,1	34	1,7	24	1,2	36	2,0
	Normalista	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
	Técnica profesional	55	2,3	44	1,9	59	3,0	55	2,8	64	3,5
	Tecnológica	16	0,7	31	1,4	24	1,2	33	1,7	51	2,8
	Profesional	26	1,1	25	1,1	16	0,8	17	0,9	19	1,0
	Ninguno	1	0,0	1	0,0	4	0,2	1	0,1	1	0,1
	Sin información	31	1,3	46	2,0	27	1,4	15	0,8	9	0,5
Estado conyugal	Unión libre	1329	56,3	1262	55,6	1118	57,3	1148	58,1	1113	60,5
	Soltera	958	40,6	920	40,5	796	40,8	786	39,8	683	37,1
	Casada	34	1,4	30	1,3	20	1,0	29	1,5	29	1,6
	Separada /divorciada	6	0,3	0	0,0	1	0,1	3	0,2	4	0,2
	Viuda	1	0,0	3	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1
	Sin información	34	1,4	55	2,4	17	0,9	9	0,5	10	0,5
10 a 14 años		51	2,2	43	1,9	48	2,5	48	2,4	40	2,2
15 a 19 años		2311	97,8	2227	98,1	1904	97,5	1927	97,6	1800	97,8
Total		2362	**100**	2270	**100**	1952	**100**	1975	**100**	1840	**100**

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Epidemiología, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Nacimientos en madres adolescentes, 2012, ajustado 02/06/2015

En el año 2016, el 99 % de las adolescentes que tuvieron hijos no se reconocían en ninguna población étnica, sin embargo, en el período analizado (2012 – 2016) el grupo poblacional de los Raizales, Palenqueros, Negros, Mulatos, Afrocolombianos y Afrodescendientes fue el que registro mayor representatividad con respecto a los otros grupos étnicos, representando en el período, al 0,7 % de las adolescentes que tuvieron hijos. Con respecto al régimen de afiliación al sistema de salud en el año 2016, el 55,2 % de las adolescentes pertenecían al régimen contributivo y el 40,8 % al régimen subsidiado, siendo los regímenes donde se concentran más del 85 % de las gestantes en todos los años evaluados; en tercer lugar, se encuentran las no afiliadas, representando en al año 2012 el 12,2 % de las adolescentes, sin embargo, este comportamiento ha ido disminuyendo en el tiempo, alcanzando el 3,3 % de adolescentes no aseguradas en el 2016.

El 45,1 % de las adolescentes alcanzaron el nivel educativo de media clásica y el 36,5 % la básica secundaria, situación que ha presentado la misma proporcionalidad a lo largo del período analizado. El 60,5 % de ellas estaban en unión libre con sus parejas, seguido del 37,1 % que se encontraban solteras, esta última condición ha sido inversamente proporcional en el tiempo ya que a principio del período analizado el 56,3 % de las adolescentes estaban en unión libre y el 40,6 % solteras, es decir, han aumentado las adolescentes en unión libre y han disminuido las que se encontraban solteras.

1.4. CONCLUSIONES

La localidad séptima de Bosa presenta algunas particularidades territoriales que la hacen en ciertas circunstancias proclive a eventos en salud desfavorables para la población que reside en ella; su ubicación contigua a municipios del departamento de Cundinamarca la convierte en un territorio receptor de un alto flujo de personas que entran a la ciudad capital, algunas por tránsito y otras desplazadas por el conflicto armado, haciendo que la localidad de Bosa sea la segunda localidad receptora de personas víctimas del conflicto armado en Bogotá. Por otro lado, se reciben escombros de gran magnitud en el humedal Tibanica procedentes de Soacha, haciendo que se acelere el deterioro del mismo.

Aun cuando legalmente está considerado como suelo urbano, la localidad cuenta con un área de expansión urbana representativa donde se dan condiciones de ruralidad con algunas fincas en la UPZ Tintal Sur, no obstante, sobre este se ha proyectado el crecimiento urbanístico de la ciudad, desarrollando mega-proyectos de propiedad horizontal con oferta de interés social.

Bosa presenta una densidad poblacional en aumento; la población menor de 5 años es alta con respecto a los otros quinquenios de edad, condiciones que, sumadas a las ambientales y de vivienda, coadyuvan a la aparición de enfermedades prevalentes de la infancia. El 2.9 % de la población de la localidad tiene alguna pertenencia étnica, siendo en su mayoría población afrocolombiana, seguida de la población indígena. Dentro de las poblaciones diferenciales representan un porcentaje importante, aún más por contar con uno de los dos cabildos Muiscas en el Distrito Capital. A su vez, al considerar los datos de la población Lgbti en la Subred, para la localidad de Bosa se muestra un mayor reconocimiento de las personas con identidades de género y orientaciones sexuales diversas en espacios de participación.

De otra parte, los hijos de adolescentes representan el 20,5 % del total de nacimientos en la localidad, indicador que presenta un comportamiento ascendente; el tener hijos a edades tempranas representa un riesgo para la salud de la madre, de su hijo e incluso para su entorno familiar, ya que no se cuenta con la suficiencia física, económica, social ni educativa para llevar un embarazo en condiciones aptas, que posteriormente favorezcan el crecimiento y desarrollo de ambos menores, la madre y el hijo.

La Disminución del índice de dependencia debido a la reducción sostenida de personas jóvenes y al descenso de la fecundidad plantean un escenario propicio para el desarrollo humano; sin embargo, al observar por grupos de edad, la localidad muestra comportamientos más elevados respecto a la Subred y Bogotá. Los nacidos vivos vienen en disminución, aunque la tendencia en Bosa se muestra estacional respecto a la Subred.

Sobre las altas tasas de fecundidad en adolescentes se evidencia una transición de la infancia a la adultez marcada por inicio prematuro de prácticas sexuales, abuso sexual o elección de ser madre como proyecto de vida en un territorio definido socialmente desde la exclusión representada en imaginarios como "vivir en el sur de la ciudad", lo cual implica

la segregación socio espacial generada por la dificultad para acceder a otros escenarios dada su ubicación como periferia, entendiendo que el desarrollo urbanístico en Bosa es el producto del uso del suelo mediante los procesos de vivienda popular y de interés social como parte de la expansión urbana del Distrito Capital, que entra a rivalizar con las cosmovisiones étnicas de la tradición Muisca como primeros asentamientos humanos en el territorio local, así como, de las organizaciones juveniles alrededor de las barras futboleras que establecen fronteras invisibles en el territorio.

De acuerdo con las proyecciones de población año 2015, la UPZ Bosa Central es la que mayor proporción de habitantes tiene con un 36,6 % con respecto al total de la localidad, seguida por las UPZ Bosa Central con el 31,3 %, El Porvenir 13,7 %, Tintal Sur 13,0 % y el que menos población presenta es la UPZ Apogeo con el 5,2 %.

Y con respecto a los grupos de edad la UPZ Bosa Occidental es la que mayor aporte realiza en todas las etapas de curso de vida siendo adultez, juventud y adolescencia los que mayor población presentan, las UPZ que menos presentan población infantil es Apogeo y persona mayor Tintal Sur.

CAPITULO 2. ANALISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES)

La buena salud de los habitantes de la localidad no solo depende de las intervenciones médicas a los eventos de enfermedad que estos presenten, también está determinada por las circunstancias en que desarrollan su vida cotidiana, es decir, por sus condiciones de vida.

La ley 1751 de 2015 define los determinantes sociales de la salud como “aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos”, y establece como deber del Estado “adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.” (Ley 1751 de 2015 Estatutaria de la Salud, Artículo 9 y Parágrafo).

En este capítulo se analizan los determinantes en salud que condicionan la calidad de vida y salud de los habitantes en la localidad de Bosa. Este análisis requirió consolidar la información disponible en diversas fuentes:

- Documento Accvsye de la localidad 2016
- Encuesta Multipropósito 2011-2014
- Encuesta Bienal de Culturas 2015
- Atlas de Salud Pública 2014
- Informes de Diagnóstico Rápido a nivel barrial de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria 2016 de la Subred Integrada de Servicios en Salud Sur Occidente.
- Proyecciones de población DANE
- Boletines Informativos “Bogotá, Ciudad de Estadísticas” de Secretaría Distrital de Planeación
- Monografías de las localidades, de Secretaría de Distrital de Planeación
- Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá
- Datos del Observatorio de Salud Ambiental de Bogotá
- Fichas locales de Secretaría de Cultura Recreación y Deportes.
- Datos de Observatorio de Desarrollo Económico 2015, de Secretaría de Desarrollo

Económico

- Red de Monitoreo de Calidad del Aire, de Secretaría Distrital de Ambiente
- Bases de notificación Sivigila
- Inventario de Secretaría de Integración Social MAPOTECA

La información conseguida se organizó en una matriz, usando como categorías ordenadoras las dimensiones del desarrollo propuestas en la metodología “PASE a la Equidad en Salud”: i) Población, ii) Ambiente (dividido en Ambiente Natural y Ambiente Construido), iii) Sociedad, iv) Economía, y v) Organización Político Administrativa. Cada condición de vida se intentó enmarcar en una de las dimensiones del Plan Decenal de Salud y en el ciclo de vida donde dicha condición tuviera mayor incidencia; sin embargo, algunas de las condiciones encontradas eran demasiado amplias para asignarles una sola dimensión del Plan Decenal y/o un solo ciclo de vida. Como parámetros de comparación de la información local se usan los datos de la Subred Suroccidente y del Distrito Capital; no siempre se logró hacer tales comparaciones, pues la naturaleza de los datos es muy heterogénea en razón de la diversidad de fuentes utilizadas.

De acuerdo a la relación condiciones de vida – Determinantes en la localidad de Bosa se evidencian los siguientes aspectos más relevantes que permiten entender el escenario en el que acontece la calidad de vida y salud de los habitantes de este territorio. Como ya se ha dicho, el análisis de este capítulo se ordenará según las dimensiones del desarrollo propuestas por la metodología PASE a la equidad. De esta manera, se observan los siguientes resultados:

2.1. DIMENSIÓN POBLACIONAL

Tabla 11. Dimensión poblacional – categorías y condiciones de vida, localidad de Bosa

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
Tamaño y distribución de la población	Según el documento Accvsye, para el año 2016, la localidad de Bosa tenía una población de 709.039 personas, lo que representa el 8,9 % del total de población proyectada para el Distrito en el mismo año (7.980.001 personas), y el 28,1 % del total de población que reside en la Subred Sur Occidente (2.525.093 habitantes). La localidad de Bosa para el año 2016 tuvo una densidad poblacional de 296,3 hab./ha., en comparación con el año 2005, la localidad ha presentado un incremento de 90 habitantes por hectárea, (206,7 vs. 237,6). De acuerdo con datos DANE año 2015 las UPZ que más población presentan son: UPZ 85 Bosa Central con el 36,6 % seguida de la UPZ84 Bosa Occidental con el 31,4 %. Según su extensión territorial, Bosa ocupa el 21 % del territorio de la Subred y la UPZ con mayor extensión son Bosa Central con un 6,3 %, seguido de UPZ 87 Tintal Sur con un 5,1 %.
Estructura de la población	De acuerdo con el documento Accvsye 2016, al realizar el análisis por momentos del curso de vida de la población general, la adultez es el grupo más representativo con respecto a los demás, representando el 40 % del total de la población, seguido por la juventud con el 20 % del total de la población, es decir, el 60 % de la población residente en la localidad séptima se encuentran entre los 18 y 59 años de edad, sin diferencias entre sexos. A nivel general predomina la población adulta en todas las UPZ, seguido de juventud y la que menos población presenta es vejez o persona mayor.
Fecundidad	Según el documento Accvsye para el año 2016, la natalidad y la fecundidad en la población del distrito, la Subred y la localidad de Bosa disminuyeron con respecto al año 2011, situación que influye en el crecimiento natural de la población, el cual presenta un comportamiento similar; sin embargo, es importante destacar que este crecimiento se ve influenciado por el número de muertes que ocurrieron en el mismo período, las cuales igualmente disminuyeron. Aunado a lo anterior, la Tasa General de

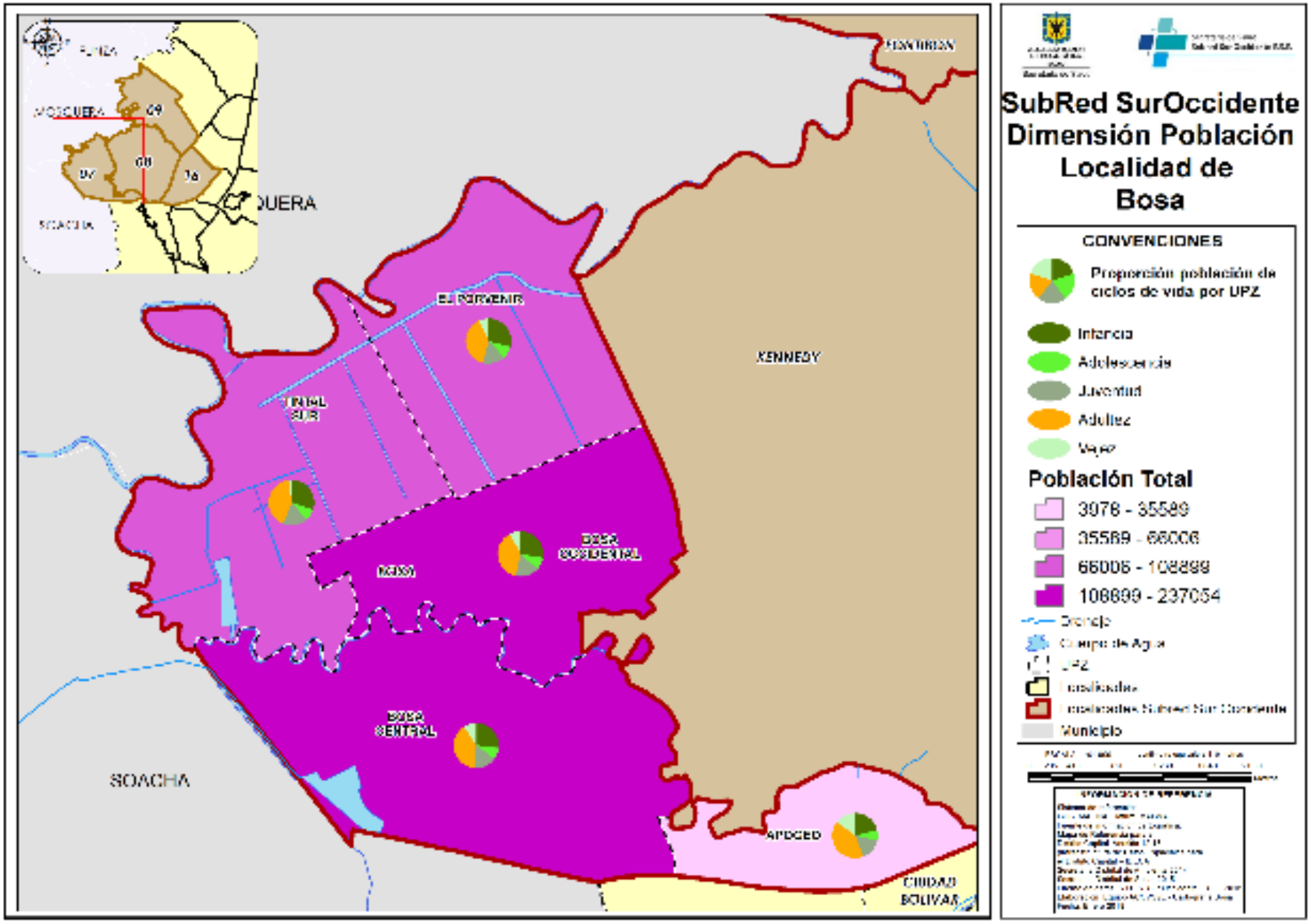
	Fecundidad de la localidad en el año 2016 fue de 40 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años), 5,8 puntos porcentuales menos con respecto al año 2015. La Tasa Global de Fecundidad mide el número de hijos que en promedio tiene una mujer en edad fértil; en el año 2016, las tasas más altas se registraron en las mujeres de 20 a 24 años para la localidad, la Subred y el distrito, seguido de las tasas de mujeres entre 25 y 29 años; sin embargo, las diferencias entre tasas de un rango de edad al otro son ostensibles en la localidad de Bosa, con respecto a la Subred y al distrito donde las tasas se aproximan en sus valores. La localidad de Bosa ha reportado la tasa de fecundidad en las adolescentes entre 10 y 14 años más elevada de la Subred, alcanzando en el año 2015 1,7 nacimientos por mil adolescentes de este grupo edad. Respecto a la fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años la localidad vuelve a reportar la tasa más elevada, que para el año 2015, alcanza 69,1 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres de este grupo de edad.
conformación familiar	Según Encuesta Multipropósito 2011 -2014 en Bosa la mayor proporción de hogares fueron los nucleares con el 63,3 %. Según el documento Accvsye, para el 2016 de los nacimientos de adolescentes, el 60,5 % de ellas estaban en unión libre con sus parejas, seguido del 37,1 % que se encontraban solteras, esta última condición ha sido inversamente proporcional en el tiempo ya que a principio del período analizado el 56,3 % de las adolescentes estaban en unión libre y el 40,6 % solteras, es decir, han aumentado las adolescentes en unión libre y han disminuido las que se encontraban solteras.
Mortalidad	Según el documento Accvsye, los análisis de mortalidad se realizaron teniendo en cuenta el período comprendido entre los años 2012 y 2014, siendo este último año el período de análisis específico. Para el año 2014, se presentaron 1.919 muertes en la Localidad de Bosa, la tasa ajustada por edad reportó 456,7.

Inmigración y emigración	Según el boletín informativo No. 9 Bogotá Ciudad de estadísticas para la localidad de Bosa, el período comprendido entre el 2005-2010 presenta una tasa de migración neta del 12,1 por 1000 hab. Por otra parte, según la Encuesta Bienal de Culturas 2015, el 42,9 % de la población de la localidad de Bosa mayor de 13 años nació en un municipio fuera de Bogotá (por encima del mismo indicador para Bogotá, que está en 38,6 %), y el 52,2 % es hijo(a) de madre nacida en un municipio fuera de Bogotá (por encima del mismo indicador para Bogotá que está en 49,1 %).
Patrones de movilidad	De acuerdo con la Encuesta Bienal de Culturas 2015, la población mayor de 13 años de Bosa se moviliza principalmente por los siguientes medios (entre paréntesis se coloca el indicador de Bogotá para comparar): Transmilenio 26,8% (29,2%), Bus buseta y colectivo 22,4 % (18 %), SITP 17,6 % (11,4 %), A Pie 11,0 % (15,4 %), Bicicleta 9,4 % (5,9 %), Carro particular 5,8 % (11,6 %), Moto 3,2 % (4,0 %). El 32,9 de los encuestados calificaron como insatisfactorio y muy insatisfactorio su principal medio de transporte (el indicador Bogotá es 34 %). Desde la elaboración de la encueta, se estima que el uso del SITP y de las motos se ha incrementado. En los recorridos de apropiación territorial se evidencio que en las periferias de la UPZ Bosa Occidental a su zona más al occidente limitando con la UPZ Tintal Sur el transporte público es insuficiente e inexistente en los barrios de más difícil acceso geográfico al borde del rio Tunjuelito. En los Barrios al norte de la localidad a pesar de haber transporte público los paraderos son muy lejanos y la cantidad y frecuencia de los buses es muy baja.
Presencia de población diferencial	Según el documento Accvsye, para el año 2015, el 2,9 % (17.996 personas) de la población de la localidad de Bosa se consideró con algún tipo de pertenencia étnica, de los cuales la población afrocolombiana tiene el mayor porcentaje con el 59,1 % del total de población étnica de la localidad, seguido de la población indígena con el 38,2 %. En este territorio, se concentra uno de los dos cabildos de la comunidad Muisca en el Distrito, quienes se consideran poseedores del territorio ancestral. Las comunidades afro se han venido organizando en el territorio a partir de su condición de víctimas del conflicto armado, reivindicando el rol de las parteras en la medicina ancestral.

	Para el 2015, la localidad de Bosa registró 88 personas habitantes de calle, el 12,2 % del total de población habitante de calle de la Subred Sur Occidente. Según la Encuesta Multipropósito de 2014, la población LGBTI de la localidad de Bosa representan el 1,1 % del total de la población residente en el distrito y el 91 % de la población LGTBI de la Subred Sur Occidente, siendo la localidad con más personas reconocidas como homosexuales en esta Subred. Respecto a la población con discapacidad 2004 - 2015 se tomó la información de la caracterización sociodemográfica realizada por el subsistema de Vigilancia de la Discapacidad; de acuerdo a esta información se han identificado 17.022 personas con discapacidad en la localidad, representando el 26,8 % del total de la población con discapacidad residente en la Subred. Aun cuando no se dispone de datos sobre población víctima del conflicto armado, es relevante mencionar que la localidad de Bosa ocupa el segundo lugar en el distrito como receptora de esta población, siendo uno de los factores condicionantes del crecimiento demográfico y el desarrollo urbanístico.

Fuente: Subred Sur Occidente, Matriz de Determinantes, Documento Accvsye 2016 – 2017.

Mapa 2. Dimensión poblacional, localidad séptima Bosa, 2016



La localidad de Bosa ocupa el cuarto lugar en población general a nivel distrital y en la Subred ocupa el segundo lugar con el 27,5 % de la población total. El 60 % de la población residente en la localidad séptima se encuentran entre los 18 y 59 años de edad, sin diferencias entre sexo. La falta de planeación en el crecimiento de la población puede ocasionar problemas en la atención en salud y en los servicios sociales en general, pues puede generar barreras de acceso por la insuficiencia de servicios.

De acuerdo con el análisis de las causas de mortalidad para la localidad de Bosa, se encontró en primer lugar el grupo de las enfermedades transmisibles, donde las infecciones respiratorias llegan a una tasa ajustada del 13,86. Los momentos del curso vital más afectados son los menores de 5 años y adultos mayores de 60 años. Esta enfermedad causa 13 muertes por cada 100.000 habitantes, seguido de enfermedad por el VIH/SIDA.

La aparición de algunas enfermedades transmisibles en Bosa podría relacionarse con las condiciones de las viviendas ubicadas en predios ilegales cercanos a las rondas de los ríos Bogotá y Tunjuelo, las bajas coberturas de acueducto y alcantarillado, el hacinamiento, así como los bajos ingresos económicos generados por un alto nivel de ocupación en el sector productivo informal.

Por su parte, la densidad poblacional podría identificarse como otro factor que contribuye a la gravedad de las enfermedades transmisibles. Debido a la alta oferta de vivienda de interés social en la localidad sin una planeación adecuada respecto a la disponibilidad de bienes y servicios en el territorio, lo cual agudiza el déficit de infraestructura en todos los servicios sociales.

Otra de las causas importante que genera alto índice de mortalidades son las causas externas, dado principalmente por las agresiones (homicidios) y accidentes de transporte, lo cual se encuentra relacionado con problemas relativos a la convivencia social y en algunos casos asociarse a la presencia de trastornos de salud mental.

En cuanto a la morbilidad se observa que, en todas las edades, el grupo de las demás causas ocupa el primer lugar para el momento vejez y adultez; las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el segundo lugar mientras que para los demás grupos de edad se

encuentran las enfermedades transmisibles. De igual forma, es importante destacar que el grupo de síntomas, signos y afecciones mal definidas tiene mayor representatividad en edades tempranas, siendo mayor en los menores de un año y en general, en la infancia.

De acuerdo con los datos de ingreso por urgencias, las primeras tres causas agrupan el 45,3 % del total, como primera causa se encuentra el parto único espontáneo, seguida de la infección de vías urinarias con una mayor proporción en los mayores de 59 años (30 %) y, en tercer lugar, se encuentra la neumonía bacteriana que afecta en mayor medida a las personas del momento vejez.

Al analizar por UPZ la que más presenta mortalidades tanto perinatales, en menores de 5 años y materna es Bosa Central, seguida de Tintal Sur y Bosa Occidental. En relación con las condiciones materno-perinatales, Sífilis Congénita, la UPZ con mayor proporción es Tintal Sur, seguida de Bosa Occidental y en tercer lugar Bosa Occidental.

Respecto a la seguridad alimentaria y nutricional, la proporción de bajo peso al nacer presenta mayores valores en Tintal Sur, seguido de Bosa Occidental y en tercer lugar la UPZ Porvenir. En cuanto a la Desnutrición Global en menores de 5 años se tiene que Bosa Central tiene una proporción de 2,0, seguido de la UPZ Bosa Occidental y en tercer lugar esta UPZ Porvenir.

Ahora bien, en relación con la salud mental, de acuerdo con la distribución por UPZ, la que mayor proporción de consumo de sustancias psicoactivas presenta es Bosa Central con el 60,75, seguido de Bosa Occidental con el 41,09 y en tercer lugar está la UPZ Porvenir con el 36,12.

Los hijos de adolescentes representan el 20,5 % del total de nacimientos en la localidad, indicador que presenta un comportamiento ascendente; el tener hijos a edades tempranas representa un riesgo para la salud de la madre, de su hijo e incluso para su entorno familiar, ya que no se cuenta con la suficiencia física, económica, social ni educativa para llevar un embarazo en condiciones aptas, que posteriormente favorezcan el crecimiento y desarrollo de ambos menores, la madre y el hijo. Los hijos nacidos de madres adolescentes que no

cuentan con el apoyo adecuado y en condiciones socio-económicas adversas se encuentran expuestos a riesgos como el abandono o el abuso.

Al analizar la información sobre la conformación familiar se observa que la mayoría de las familias son nucleares, pero la información obtenida refleja un alto índice de responsabilidad en las madres, así por ejemplo la jefatura de hogar femenina ha aumentado en todos los estratos socioeconómicos, pero especialmente en los estratos 1 y 2, generando una alta carga de tipo económico que obliga frecuentemente a delegar el cuidado de los hijos en terceras personas o en algunos casos a dejarlos solos durante el día exponiéndolos a riesgos de tipo psicosocial.

2.2. DIMENSIÓN AMBIENTAL

Tabla 12. Dimensión Ambiental – Categorías y Condiciones de Vida, localidad de Bosa

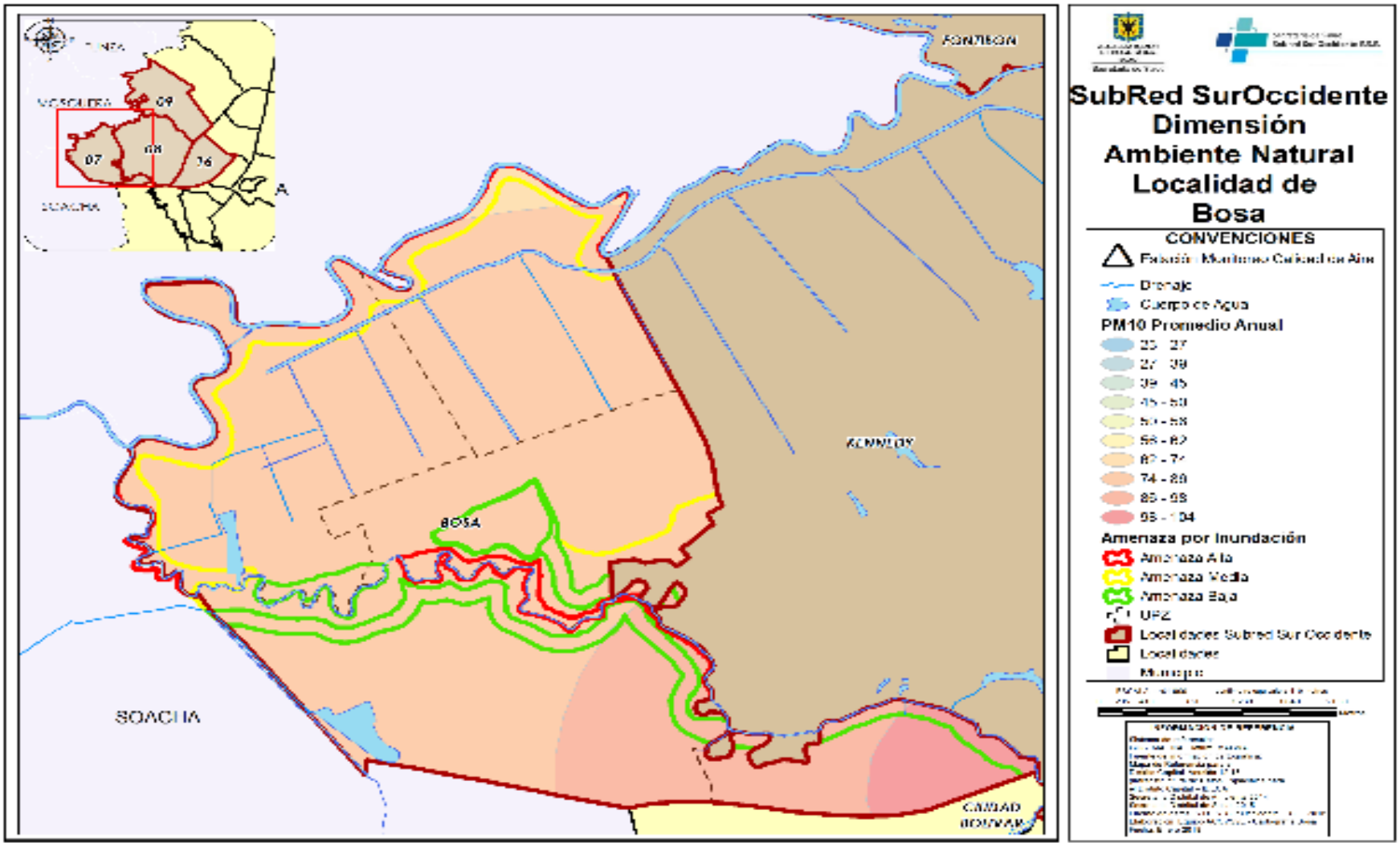
CATEGORÍAS ORDENADORAS	CONDICIONES DE VIDA
Medio ambiente y recursos naturales	El sistema hídrico en la localidad se encuentra conformado por la cuenca del río Bogotá (límite natural en la parte occidental con el municipio de Mosquera) y el río Tunjuelo que atraviesa la localidad dividiendo las UPZ Bosa Central y Apogeo de las UPZ Bosa Occidental, Porvenir y Tintal Sur. Cuenta con dos humedales: la Isla y Tibanica, este último representa el 23 % de la extensión ocupada por los humedales en la Subred. Según el diagnóstico local 2014, el humedal Tibanica se encontraba en alto grado de deterioro producto de la disposición residuos sólidos y escombros provenientes de las viviendas aledañas y del municipio de Soacha. De acuerdo al seguimiento realizado al humedal, para el 2015 se encontró el deterioro de la fauna y flora endémicos, mientras prolifera la aparición de animales domésticos (perros y gatos) con comportamiento salvaje producto del abandono de los mismos en las inmediaciones del humedal. En la ronda del río Tunjuelo se encuentran construcciones ilegales de viviendas con materiales reciclables, lo cual representa un foco de contaminación apto para la proliferación de roedores, vectores y el vertimiento de aguas residuales. En la zona baja, actualmente urbanizada, se presentan regímenes de alta pluviosidad que

	ocasionan crecientes de gran magnitud y son caracterizadas por el alto riesgo de inundación. Durante los recorridos de apropiación territorial se evidencio la problemática ambiental de la contaminación de los ríos Bogotá y Tunjuelito debido a la recepción de aguas negras de los barrios colindantes y de todo lo descargado aguas arriba de la zona sur oriental de la ciudad. De acuerdo a la percepción de la comunidad captada por Vigilancia Comunitaria en sus recorridos de Diagnósticos territoriales, la comunidad manifiesta una alta probabilidad de desbordamiento del río Tunjuelito.
Condiciones del aire	Según el observatorio ambiental, para el 2016 la contaminación del aire en la Localidad de Bosa se generaba por el gran número de vías en mal estado o sin pavimentar (59 % de la malla vial), haciendo un aporte importante en la generación de material particulado, sumado al comportamiento de los vientos que transporta contaminantes hacia la localidad proveniente del resto de la ciudad y los municipios cercanos. Al anterior fenómeno debe adicionarse la generación de gases de pintura proveniente de las actividades desarrolladas en talleres de latonería, ubicados sobre la Avenida Agoberto Mejía, las emisiones de las chimeneas de industrias distribuidas desordenadamente en el territorio local especialmente en la zona de expansión urbana (UPZ Tintal Sur). Sumado a esto, la comunidad señala que existe quema de madera para la generación de carbón y quema de llantas para obtener alambre de cobre. La numerosa venta de alimentos preparados en la vía pública es una fuente sustancial de material particulado, no solo a nivel de humo sino también de olores ofensivos.
Riesgo de zoonosis	Según el Diagnóstico Rápido VSPC 2016, en la UPZ 85 Bosa Central se identifica concentración de perros callejeros y presencia de roedores, se han notificado estas situaciones a VSPC. Se denuncia que algunos dueños cuidan a los perros y les dan comida, pero no los adoptan dentro de sus casas. En el barrio Getsemaní hay manadas de perros que deambulan por el barrio y duermen en el jarillón del río, dejando excretas en el espacio público. De acuerdo a los recorridos Diagnostico en la UPZ Bosa Occidental se observan perros sin propietarios que son en algunos casos adoptados por la comunidad

	haciéndoles casas comunales en las cuales se refugian, pero estos animales no cuentan con las vacunas del esquema de vacunación ni de esterilización que permitan minimizar el riesgo de accidentes rábicos.
Áreas de riesgo y amenazas	Según el Diagnóstico Rápido VSPC 2016, en barrios de la UPZ 85 Bosa Centro ubicados a lado y lado del jarillón del río Tunjuelito se identificó riesgo de inundación. Aunque se han adelantado acciones de mitigación, el riesgo sigue latente por el crecimiento urbano en esta zona. Según el Diagnóstico Rápido VSPC 2016, en la UPZ 85 se identifica el riesgo de encharcamiento o inundación por devolución de aguas servidas a través de los sifones y alcantarillas, debido a que hay casas construidas por debajo del nivel del río Tunjuelito. Igual situación se identifica en barrio Villa Emma de UPZ 84. Como zonas de amenaza ambiental se encuentra el río Tunjuelo que deposita sus aguas al río Bogotá y hace parte de uno de los asentamientos humanos más extensos y quizá, con uno de los más altos índices de pobreza y marginalidad de la ciudad. El río Bogotá presenta a cada lado jarillones construidos entre 1980-1981, que fueron diseñados para un período de retorno de 10 años, ya que el uso del suelo del sector era agrícola. Los sectores de los siguientes barrios aledaños al río Bogotá se encuentran en zona de amenaza alta por inundación: Osorio XXIII, Cañaveralejo, el Recuerdo, Ciudadela el Recreo, San Bernardino XXV, entre otros. El río Tunjuelo presenta las mismas características y para el control de inundaciones posee tres estructuras que regulan los caudales en la parte baja. Los sectores de los siguientes barrios aledaños al río Tunjuelo se encuentran en zona de amenaza alta por inundación: San Bernardino XXII, San Bernardino XXIII, La Independencia, San Pedro, Bosa La Paz, entre otros.
Uso del suelo	Aun cuando legalmente está considerado como suelo urbano. La localidad cuenta con un área de expansión urbana representativa donde se dan prácticas agrícolas con algunas fincas en la UPZ Tintal Sur, No obstante, sobre este territorio se ha proyectado el crecimiento urbanístico de la ciudad, desarrollando mega-proyectos de propiedad horizontal con oferta de interés social, rivalizando con la propiedad del territorio ancestral por parte de las familias étnicas que hacen parte del cabildo indígena Muisca.

Fuente: Subred Sur Occidente, Matriz de Determinantes, Documento Accvsye 2016 – 2017.

Mapa 3. Dimensión ambiente natural, localidad séptima Bosa, 2016



La localidad séptima de Bosa se encuentra situada en la margen sur del río Bogotá y por el río Tunjuelo que atraviesa cuatro (4) de las cinco (5) UPZ que componen este territorio, siendo un foco de contaminación apto para la proliferación de roedores y vectores. A esta situación se le suman los aportes de aguas contaminadas producto del mantenimiento de vehículos que realiza la población en vías públicas, la disposición de aguas servidas y residuos sólidos en canales abiertos como el Santa Isabel y el Tintal, el vertimiento de agua residual del cementerio “El Apogeo”, las construcciones ilegales en la ronda de los ríos lo cual indica una falta de gestión por las entidades territoriales para cuidar estas fuentes de agua y el uso inadecuado de los recursos hídricos de la localidad que afecta la salud humana, como ejemplo el riego de hortalizas con estas aguas contaminadas que son comercializadas para consumo humano en toda la ciudad y municipios aledaños.

Quizás en otras épocas esa abundancia de recursos hídricos representaba unas ventajas, pero en la actualidad la alta contaminación de las aguas de esos dos ríos y los desbordamientos invernales generan riesgos y detrimento en la calidad de vida urbana, originando focos de infecciones a nivel gastrointestinal donde puede existir al riesgo por desnutrición en la población infantil, también se pueden originar enfermedades de tipo respiratorio, aumentando así la morbimortalidad de la población, tanto menor como mayor de 60 años.

En relación a lo anterior, los estudios al respecto señalan que la exposición a material particulado (medido como PM10, PM2,5) y gases contaminantes del aire conduce a alteraciones en la anatomía y fisiología pulmonar, lo que facilita el aumento en la frecuencia y severidad por enfermedades respiratorias como el asma, síndrome Broncoobstrutivo (SBO), bronquiolitis y las infecciones respiratorias en niños. Existe evidencia de que la contaminación del aire está asociada con enfermedad respiratoria, en especial en ciertos grupos de edad como niños menores de 14 años y adultos mayores. Los menores de 5 años son los más vulnerables a la contaminación del aire, debido a los factores fisiológicos mencionados y a la alta exposición a contaminantes como el tráfico vehicular de la localidad.

Teniendo en cuenta los resultados de casos notificados del evento 307 (Agresión por animal potencialmente transmisor de Rabia) durante el primer semestre de 2016 se encuentra que el

porcentaje de casos correspondiente a la UPZ 85 central fue del 45,6 %, la UPZ occidental con el 15 % y la UPZ Apogeo hubo 3,5 % de casos, lo anterior es coherente con lo identificado en los recorridos en cuanto la presencia de perros callejeros.

El evento que cobra mayor relevancia es la vigilancia integrada de la rabia humana, teniendo en cuenta que es el segundo evento de mayor notificación tanto a nivel Distrital como local, después de la Varicela, ya que existe un alto número de agresiones por animales potencialmente trasmisores de rabia, principalmente caninos, problemática que se evidencia en todas las localidades de la Subred por la elevada población de animales callejeros y la inadecuada tenencia de mascotas.

2.3. DIMENSION AMBIENTE CONTRUIDO

Tabla 13. Dimensión ambiente construido – categorías y condiciones de Vida, localidad de Bosa

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
Servicios públicos domiciliarios	Según el documento Accvsye, para el 2015 en servicios públicos domiciliarios Bosa muestra una baja cobertura en acueducto y alcantarillado, energía, teléfono fijo e internet. Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, en la UPZ 85 Central, barrios de Rincón Campestre y sector San José I carecen de servicios de alcantarillado y luz eléctrica, los habitantes han tendido redes eléctricas comunitarias irregulares. Según EMB 2014, la cobertura de servicios públicos en hogares de la localidad fue la siguiente (entre paréntesis se colocará la cobertura en la Subred y en el Distrito). *Acueducto 99,9 % (en la Subred 99,9 % y en el Distrito 99,8 %) *Alcantarillado 99,9 % (en la Subred 99,9 % y en el Distrito 99,5 %) *Recolección de basuras 100 % (en la Subred 99,9 % y en el Distrito 99,8 %) *Energía eléctrica 99,9 % (en la Subred 99,9 % y en el Distrito 99,9 %), y hogares

	con *energía eléctrica donde se han presentado cortes o suspensión del servicio 18,4 % (en *la Subred 12,9 %, en el Distrito 14,0 %) *Gas Natural 95 % (en la Subred 94,4 % y en el Distrito 89,8 %) *Telefonía fija 52,8 % (en la Subred 58,5 % y en el Distrito 61,3 %) *Internet 46,4 % (en la Subred 56,5 % y en el Distrito 57,9 %) El gasto promedio de los hogares en servicios públicos pasó de $ 80.300 a $ 105.100 entre 2011 y 2014 (en la Subred pasó de $ 118.800 a $ 145.600 y en el Distrito de $ 127.400 a $ 158.700).
Saneamiento básico	Observatorio Salud Ambiental de Bogotá 2014.Para el año 2014, desde la línea de calidad de agua y saneamiento básico se intervinieron 28.294 establecimientos, de los cuales el mayor porcentaje corresponden a Bajo Riesgo con el 55,7 % (n: 15733), Para la localidad de Bosa los establecimientos educativos intervenidos fueron 439, de alto riesgo 478 y de bajo riesgo 1736, siendo la mayoría ubicados en esta localidad.
Espacio público	De acuerdo a datos del Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público DADEP consultados en el Informe de Calidad de Vida Bogotá 2016, en 2015 la localidad contaba con la siguiente cantidad de Espacios por habitante medido en m2: Parques 1,74 (en la Subred 2,89 y en el Distrito 3,52); Zonas verdes 0,05 (en la Subred 0,10, en el Distrito 0,11); Plazas y plazoletas por habitante 0,01 (en la Subred 0,04 y en el Distrito 0,06). El total de Espacio Público Efectivo Urbano por habitante, que tiene en cuenta los tres indicadores anteriores, dio para la localidad 1,80, muy por debajo del estándar propuesto por la OMS de 6m2/Habitante. (en la Subred 3,02 y en el Distrito 3,69).

Equipamiento en educación (Número de colegios de primaria, secundaria, universidades, institutos)	Según Caracterización del Sector Educativo localidad de Bosa 2015 de la SED, la oferta educativa en la localidad está dada por 115 colegios oficiales y privados, con la siguiente distribución: Privados 62 el 51,2 %, distritales 28 el 23,1 %, contrato 26 el 21,5 % y de concesión 5 el 4,1 % Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, se identifica el siguiente equipamiento educativo en la localidad: UPZ 49 Apogeo: 3 colegios oficiales, 17 no oficiales. UPZ 85 Central: 24 colegios oficiales y 97 no oficiales. UPZ 84 Occidental: 12 colegios oficiales, 38 no oficiales. UPZ 86 El Porvenir: 3 colegios oficiales, 8 no oficiales. UPZ 87 Tintal Sur: 1 colegio oficial, 1 no oficial De acuerdo al aumento de la población en Bosa por crecimiento natural (vegetativo) y por inmigración, la oferta educativa es insuficiente. Hay una sede de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas se beneficiarán especialmente los habitantes de las localidades de Bosa, Kennedy y Fontibón, y en general todos los habitantes de Bogotá y el país, atendiendo el carácter metropolitano de la Ciudadela y la descentralización de servicios educativos, recreativos y culturales que ofrece la ciudad.
Equipamiento en salud	Monografía 7_Bosa año 2011. 27 equipamientos en salud *10.000 habitantes. De acuerdo a Portafolio de Servicios de la Subred Suroccidente, la localidad cuenta con 1 Unidad Médica Hospitalaria Especializada UMHE, 3 Centros de Atención Prioritaria en Salud CAPS y 13 Puntos de Atención Prioritaria en Salud PAPS
Equipamiento en atención a urgencias	Estación B-8 Bosa (1), Defensa Civil (1), la misión es desarrollar planes de gestión del riesgo en desastres, programas de acción social y protección ambiental, a través de los funcionarios y voluntarios, con altos estándares de calidad, para contribuir con la paz, los derechos humanos y el progreso del país
Equipamiento en recreación y deportes	Según el documento Accvsye, en la localidad se encuentran 250 parques pertenecientes al sistema distrital de parques dentro de la cual existe una clasificación que se distribuye de la siguiente manera: 104 parques de bolsillo, 3 parques metropolitanos, 6 parques zonales, 1 parque zonal propuesto y 136 parques vecinales. Estos parques tienen un área total de 125,88 Ha lo cual equivale al 5,26 % de la extensión total de la localidad de Bosa siendo las UPZ 85 Bosa Central y 86 Bosa Occidental las que mayor área de parques presentaron.

Equipamiento en seguridad	6 CAI en la localidad: en UPZ 85 están: San José, Antonia Santos, Laureles, Piamonte, La Estación. En UPZ 84 está CAI Brasilia.
Equipamientos culturales	Según Ficha local de Bosa 2016 de la Secretaría de Cultura, Recreación y Deportes, la localidad cuenta con 19 equipamientos culturales desagregados así: Bibliotecas 8, Centro Cultural 2, Teatro 1, Biblioestaciones 2, CLAN 3, PPP 3. 9 de los equipamientos (47 %) se concentran en la UPZ 85 Bosa Central. Comparado con el promedio Distrital, (6,5) Bosa tiene 2,2 equipamientos culturales por 100 mil habitantes, lo que la ubica como la localidad con mayor déficit en estas dotaciones sin incluir Sumapaz.
Equipamientos en vivienda (Condiciones de infraestructura de las viviendas)	Según el documento Accvsye, en el 2015 Bosa cuenta con un mayor déficit en cuanto a la calidad de su infraestructura residencial, mientras tanto sube la proporción de hogares que no pagan arriendo. Las viviendas se caracterizan por humedades en el techo o en las paredes, goteras en el techo, grietas en techos y paredes, grietas en el piso, cielorrasos o tejas en mal estado, no muy buena ventilación, se inundan cuando llueve o cuando el río crece. Respecto a la tenencia, cuenta con un bajo promedio en ocupada propia o la está pagando. De igual forma, la proporción de personas que viven en casa o apartamento asciende al 95,5 %, alcanzando un resultado incluso mayor que el de Bogotá. Encuesta multipropósito 2011- 2014 la proporción de las viviendas con problemas de humedad en paredes, pisos o techos para la localidad es del 29,4 % arriendo 55,8 %, pago 35,8 %, propio y se está pagando el 6,5 %
Presencia de cades	1 Cade: Cade Bosa, En UPZ 85 Bosa Centro.
Malla vial	Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, en la localidad de Bosa, sobre vías arteriales el 60,54 % se encuentran en buen estado, el 11,02 % en estado regular y el 28,4 % en mal estado. Para las vías intermedias el 55,5 % se encuentra en buen estado, el 10,9 % regular estado y el 33,4 % en mal estado. Por último, para las vías locales, el 20,2 % se encuentra en buen estado, el 24,3 en regular y el 59 % en mal estado. (Hospital Pablo VI Bosa Primer Nivel ESE, 2014)

Barreras de movilidad para personas con discapacidad	Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, en la UPZ 49 (Apogeo) 2 de los 6 barrios comunes (33 %) se identifican con altas barreras de movilidad en espacio público para personas en condición de discapacidad motora y visual. En la UPZ 85 (Bosa Central) 28 de los 67 barrios (42 %) fueron calificadas con altas barreras en este sentido. En la UPZ 84 (Bosa Occidental), de los 10 barrios comunes recorridos, 8 de ellos (80 %) fueron catalogados con altas barreras para esta población. En total, de 83 barrios recorridos, 39 (47 %) se identifican con riesgo alto, 39 (47 %) con riesgo medio y 5 (6 %) con riesgo bajo (falta por recorrer UPZ 86 Porvenir y 87 Tintal Sur). Las barreras tienen que ver con: andenes estrechos y no planos o ausencia de ellos, vías en mal estado y falta de rampas en las esquinas.

Fuente: Subred Sur Occidente, Matriz de Determinantes, Documento Accvsye 2016 – 2017.

Todos los servicios públicos excepto la recolección de basuras están por debajo de la Subred, siendo estos de vital importancia para la comunidad y donde el cubrimiento debería de ser del 100 %. Todos los habitantes tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna. La falta de agua potable puede originar una de las falencias más grandes para la comunidad originando enfermedades gastrointestinales, desnutrición, dermatitis, especialmente en la población infantil.

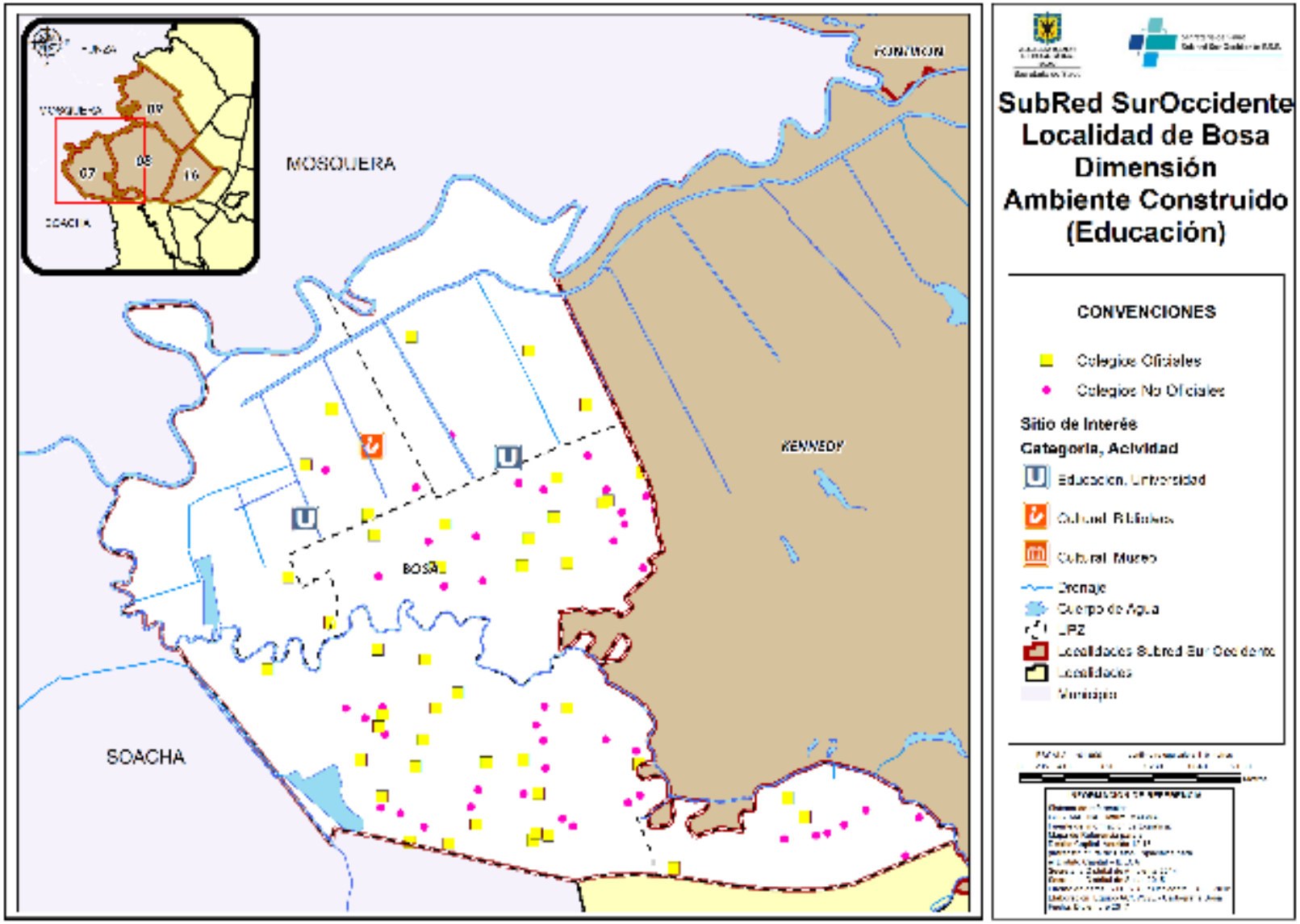
En el año 2015, la población en edad escolar fue de 165.569 niños y niñas en la localidad de Bosa. En cuanto a oferta y demanda en el período comprendido entre los años 2011 - 2015 presentó disminución, para el 2015 la oferta fue de 117.476 cupos con una demanda del 127.534, viendo la línea de oferta por debajo de las solicitudes, con una tasa de aprobación en colegio oficial del 90,6, en no oficial del 96,7 y reprobados con una tasas del 7,9 en colegio oficial y 2,9 en no oficial y deserción en oficial del 1,5 y no oficial del 0,4. La matrícula a nivel oficial para el año 2014 se tiene en total incluyendo preescolar a educación media 114.301 estudiantes con una participación del 13 % con relación a Bogotá, según estratificación y nivel de escolaridad la participación es del 74,2 % en estrato 2 en todos los niveles educativos, seguido de estrato 0 con el 12,8 % y población víctima del conflicto

armado se tiene un total de 3 .370 estudiantes siendo más del 90 % población en situación de desplazamiento, grupos étnicos 798 el 50 % son afrodescendientes.

Con relación a la sede de la Universidad Francisco José de Caldas en la localidad de Bosa tendrá sin duda alguna no solamente un impacto urbano y social positivo, sino que va a generar un mejoramiento indiscutible de la zona en que se desarrolla, continuando en la dirección de ofrecer educación superior a los sectores más desfavorecidos de la ciudad, en especial los estratos 1, 2 y 3.

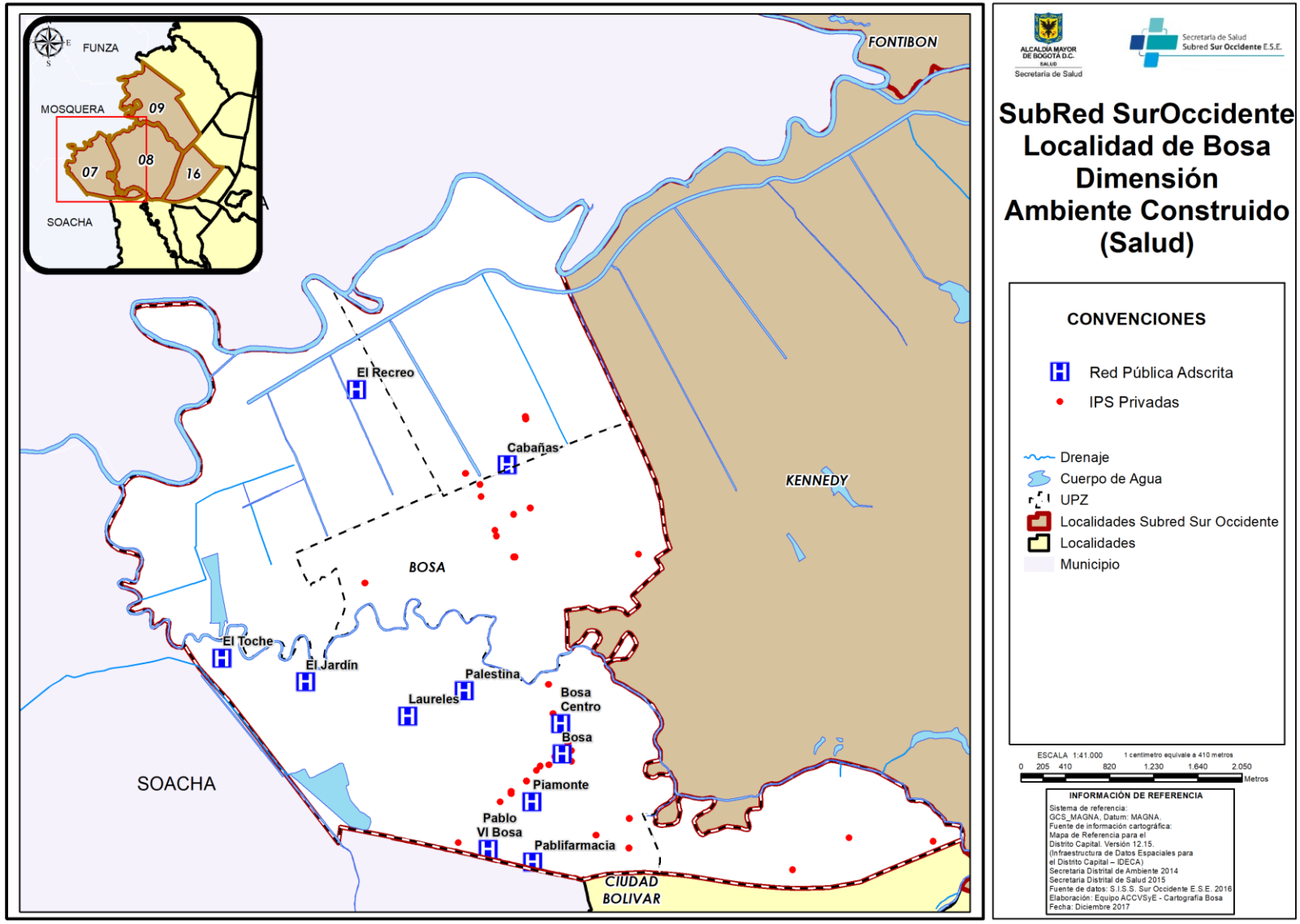
Con respecto a la oferta educativa, Bosa, se cuenta con un número importante de instituciones sin embargo no es suficiente dado que la localidad ha venido aumentando el número de población que la habita por crecimiento urbanístico y por ser un de las localidades de entrada a Bogotá recibe población migrante de otras ciudades que viene en busca de mejores condiciones o porque son víctimas del conflicto armado.

Mapa 4. Dimensión Ambiente Construido, equipamientos educativos, localidad séptima de Bosa, 2016



La UPZ Bosa central es la que mayor equipamiento en salud tienen 15 por 10.000 hab. Los factores que inciden en este comportamiento para la localidad están asociados a la buena dotación de los equipamientos de salud, al conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la población, a la buena recepción que hace la comunidad a las diferentes campañas de cuidado materno, vacunaciones, así como diferentes estrategias de educación y comunicación sobre las áreas del cuidado de la salud de la población infantil orientadas principalmente a la población de la localidad y la UPZ Bosa Occidental tiene 5 por 10.000 hab.

Mapa 5. Dimensión Ambiente Construido, equipamientos de salud, localidad séptima de Bosa, 2016



Contar con espacios para el deporte y la recreación contribuye al mejoramiento de salud de la población, siendo estos en el día un factor protector y en la noche un factor de deterioro por la inseguridad y consumo de sustancias psicoactivas que puede generar robos y atracos. Para los pobladores de localidades como Bosa que cuenta con la tasa más baja de equipamientos, esta situación constituye una limitación de acceso que refuerza inequidades socioeconómicas y educativas ya presentes. El bajo acceso a espacios culturales incide negativamente en la calidad de vida de la población, al limitar las posibilidades de uso del tiempo libre y de consumo de contenidos culturales de calidad.

Por las condiciones de infraestructura de las viviendas, algunas se edificaron haciendo uso de materiales no convencionales y no cuentan con las normas de diseño y sismo resistencia, otra modalidad la conforman los proyectos multifamiliares de interés social y como última modalidad se encuentran los asentamientos no legalizados que ocupan la ronda del río Tunjuelo y Bogotá. El precario estado de las viviendas en la localidad se ha asociado en las unidades de análisis a la presencia de enfermedades predominando las respiratorias.

Los principales factores limitantes de la participación de las personas con Discapacidad son aquellos de orden físico, político, personal y social los cuales limitan la inclusión de estas personas en escenarios relacionados con la práctica de actividad física y recreación, con las actividades laborales y con el acceso a servicios de salud y de educación.

2.4. DIMENSIÓN SOCIAL

Tabla 14. Dimensión social – categorías y condiciones de vida, localidad de Bosa

CATEGORÍAS ORDENADORAS	CONDICIONES DE VIDA
Seguridad	Diagnóstico Rápido VSPC 2016, en la UPZ 49 Apogeo, los habitantes refieren riesgo de sufrir atracos, lugares de consumo y venta de SPA, riñas en lugares de ventas de licor y ventas callejeras, principalmente en barrios nuevo Chile y Olarte. . En la UPZ 85 Central, en barrios distantes del Bosa centro se concentra zona comercial

	donde se ubican bares, sitios de encuentros sexuales, ventas callejeras, y ventas de licores. Los habitantes refieren existencia de "barritas" o grupos que generan violencia y daños a espacio público. El Hospital Pablo VI trabajó con estos grupos avanzando en la mitigación del fenómeno. Se identifican los sectores de San Eugenio, San José I y Rincón de San José como los más peligrosos por presencia de delincuencia involucrado en microtráfico de estupefacientes y "jaladores" de carros. En UPZ 84 Bosa Occidental, los habitantes refieren situaciones de violencia comunitaria por intolerancia y consumo de SPA en barrios Villa Emma y Jazmín. Durante los recorridos de apropiación territorial se evidencio zonas de consumo en parques, zonas verdes y en las rondas de los ríos y canales, en esta misma UPZ en el Barrio San Bernardino se presenta este mismo problema de consumo de SPA y adicionalmente se evidencio por Vigilancia comunitaria, en sus recorridos diagnósticos, que allí es más aguda la problemática de seguridad por agresiones personales en las disputas territoriales de las pandillas allí ubicadas. Según Encuesta Multipropósito 2014 la proporción de viviendas con problemas de inseguridad para la localidad ha disminuido con relación al año 2014 en 6,8 %.
Vivienda	Respecto a la dinámica demográfica, la Subred conforma el 30 % del total proyectado como población del Distrito, siendo la segunda Subred con mayor población. Las localidades de Kennedy y Bosa presentan la mayor concentración en sus territorios, lo que implica la falta de equipamientos y percepción de problemáticas como el hacinamiento, entre otras. De acuerdo a la propiedad de la vivienda se encontró en arriendo el 55,8 %, en pago el 35,8 %, propio y se está pagando el 6,5 %.
Cultura	Según Encuesta Bienal de Culturas 2015, los porcentajes de habitantes de Bosa mayores de 13 años que en los últimos 12 meses no han asistido ni una vez a las siguientes actividades culturales son (el indicador de Bogotá está entre paréntesis, para comparar): Obras de Teatro 79,7 % (71,7 %), Actividades de Artes Plásticas y Visuales 81,9 % (78,3 %), Presentaciones de danza 74,3 % (73,3 %), Salas de cine o espacios de exhibición de películas 56,1 % (57,2 %), Presentaciones de música en vivo 66,9 % (66,0 %). Excepto actividades de cine y música en vivo, los porcentajes de inasistencia a actividades culturales son mayores en la localidad que en el resto de la ciudad. En cuanto a los motivos de inasistencia (el indicador Bogotá se encuentra entre paréntesis)

	32 % manifiesta no haber asistido por falta de dinero (21,6 %), el 23,2 % por falta de interés (18,9 %) y el 21,9 % por falta de tiempo (33,2 %). De acuerdo a la Encuesta Multipropósito 2014 se tiene que la proporción de hogares que gastan menos de 10 minutos caminando para acceder a parques o zonas verdes ha disminuido en un 7,7 % en relación al 2014.
Pobreza	Los resultados de la Encuesta Multipropósito para la localidad de Bosa muestran que este territorio presenta la mayor tasa de asalariados en Bogotá, esto medido por la cantidad de personas empleadas en empresas particulares y el sector gobierno, el cual muestra una tasa a 2014 de 68,9 %. Se expresa un aumento del índice de condiciones de vida de 1,1 puntos respecto a 2011. En 2014 el ICV fue 89,2. Además, la pobreza y la miseria por NBI disminuyen en la localidad en el periodo analizado. En efecto, el porcentaje de personas pobres por NBI se ubicó en 6 %, lo cual representa una disminución de 2,5 puntos porcentuales respecto a 2011. La pobreza subjetiva, que es otra medida de percepción, indaga sobre la satisfacción de las necesidades del hogar o sus condiciones de vida. La EMB 2014, muestra que en Bosa 31,5 % de los hogares se considera pobre, cifra que con relación a 2011 presenta un aumento de 4,5 puntos porcentuales.
Coberturas en salud	De acuerdo con el documento Accvsye 2016, en relación con el aseguramiento, la mayor concentración de población de la localidad se encuentra en el régimen contributivo con el 67,2 %; en relación a la Subred y el distrito este porcentaje es más bajo, por el contrario, el régimen subsidiado reporta una prevalencia del 19,7 %, mayor que en la Subred y el Distrito. La menor proporción se encuentra en los no afiliados con el 0,7 % y el régimen de excepción con el 1,6 %, con un comportamiento similar en los demás niveles territoriales. De otro lado, se cuenta como potencialidad las coberturas útiles de vacunación para trazadores, alcanzando los resultados más altos entre las cuatro localidades de la Subred para el biológico triple viral.
Bienestar y protección social	La atención integral de la primera infancia una de Las localidades que albergaban las mayores proporciones de niños y niñas es Bosa con el 9,6 %

Prácticas sociales y culturales, estilos de vida	Según Diagnóstico Rápido VSPC 2016, en barrios de Bosa se ha identificado la práctica de dejar basuras en puntos de acumulación irregulares, especialmente en cercanías del río Tunjuelito, zanjas y lotes. En los recorridos de apropiación territorial se evidencio la contaminación de los cuerpos de agua (ríos y canales) de las UPZ Porvenir y Tintal Sur por la inadecuada disposición de residuos sólidos en sus orillas, así como también se presentan estas mismas prácticas en estas y otras UPZ donde se encuentran zonas de reserva vial sin obras en ejecución.

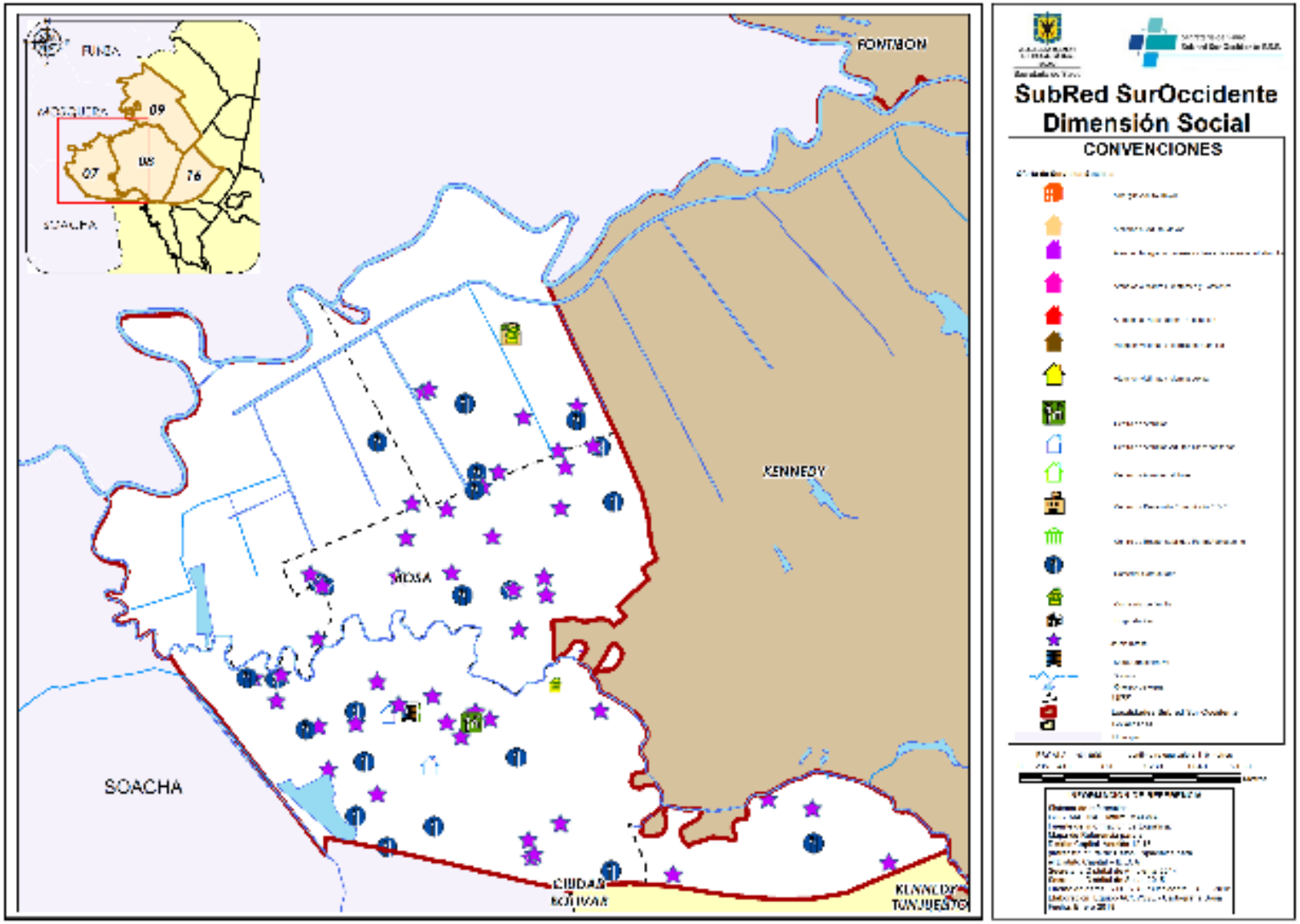
Fuente: Subred Sur Occidente, Matriz de Determinantes, Documento Accvsye 2016 – 2017.

Para la localidad de Bosa se evidencian cambios importantes en el comportamiento de la mortalidad por Lesiones de Causa externa, en los años analizados según el documento de Accvsye la tasa de mortalidad por Lesiones de Causa externa fue de 42 para el año 2014. Las causas externas con mayor tasa son: Agresiones (homicidios) y accidentes de transporte terrestre.

Por sexo se presentan más muertes en hombres (4 hombres por 1 mujer en accidentes de transporte, y 10 hombres por 1 mujer en agresiones), debido a que en ambos tipos de causas son los hombres quienes más se exponen al riesgo por construcciones de masculinidad que promueven actitudes agresivas competitivas y de poco autocuidado, y porque existe una mayor proporción de hombres conductores en las vías. Entre el 2012 y 2014 las tasas de mortalidad por ambas causas aumentaron, la de agresiones (homicidios) pasó de 13,5 a 16,6, y la de accidentes de transporte pasó de 9,1 a 12,4 en ese periodo.

Estas causas reflejan la problemática de violencia que caracteriza a la localidad de Bosa. Hay alta ocurrencia de riñas, atracos, violencia intrafamiliar, intolerancia y consumo problemático de sustancias psicoactivas. A su vez los accidentes de transporte han ido incrementando debido a la imprudencia, falta de rigor en las sanciones de tránsito, desconocimiento de la norma y falta de experticia de los conductores. De acuerdo al Subsistema Sisvecos las causas que conllevan al suicidio generalmente son dificultades económicas y de pareja.

Mapa 6. Dimensión social, localidad séptima Bosa, 2016



En materia de género, Bosa tiene una tasa de ocupación femenina de 50,2 %, siendo superior 1,6 puntos a la de hace tres años, cuando se ubicó en 48,6 %. Por el lado de los hombres, la tasa de ocupados fue 69,7 %, aumentando 1,02 puntos porcentuales al observado en 2011 (68,6 %). Analizando lo anterior, aunque los empleos en la localidad aumentaron proporcionalmente, estos favorecieron más a las mujeres que a los hombres, así las diferencias no hayan sido tan grandes. En efecto, las brechas entre ambos sexos se mantienen en 19 puntos porcentual En la localidad de Bosa, el porcentaje de personas pobres por NBI se ubicó en 6 %, lo cual representa una disminución de 2,5 puntos porcentuales con respecto a 2011. Por su parte, la miseria por NBI pasó de 0,7 % en 2011 a 0,0 en 2014 en cuanto a la ocupación.

Los habitantes de la localidad de Bosa refieren que les toca desplazarse a otras localidades para las autorizaciones y servicios médicos especializados, causando toda una serie de complicaciones para la atención y dificultades para las mismas familias en términos económicos. Teniendo en cuenta los atributos asociados a los derechos, una forma de acercarnos a su vulneración tiene que ver con las variables de accesibilidad, asequibilidad, adaptabilidad y aceptabilidad, que para el caso de los niños y niñas desde la gestación hasta los 5 años podemos asociarlos a los derechos que garantizan su protección, desarrollo y supervivencia, y particularmente ligados a su salud, alimentación, cuidado y educación.

2.5. DIMENSIÓN ECONÓMICA

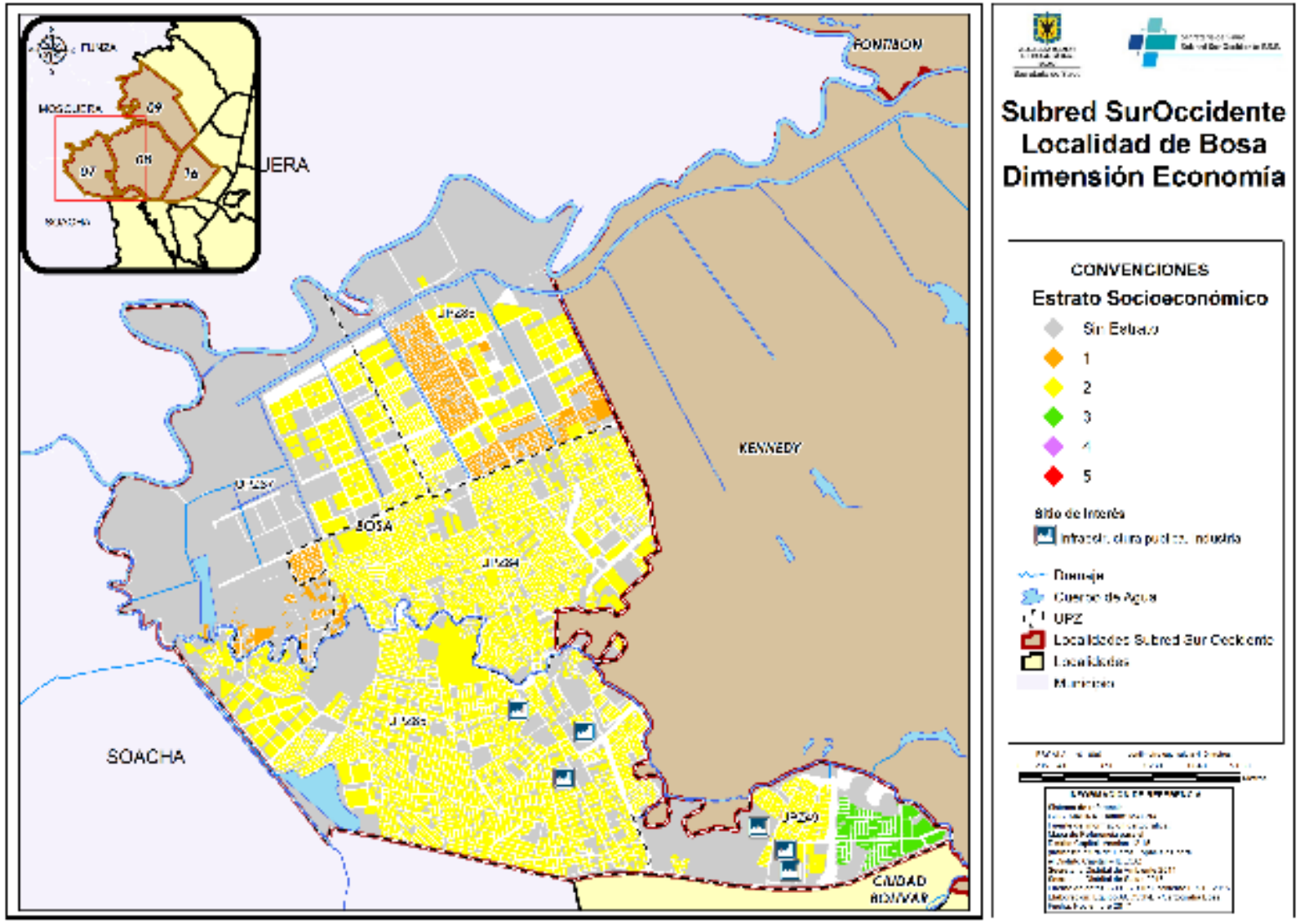
Tabla 15. Dimensión económica – categorías y condiciones de vida, localidad de Bosa

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
Incidencia del desempleo	Según el documento Accvsye, para el 2015 la tasa de desempleo en Bosa asciende al 10,5, ubicándose por encima del promedio de Subred e incluso del promedio para Bogotá.
Costo de vida	

	En Bosa, el 7 % de los hogares manifestaron tener algún miembro, que por falta de dinero no consumió ninguna de las tres comidas uno o más días a la semana. En general, 40,5 % de los hogares de esta localidad (5,1 puntos más que en 2011) creen que las condiciones de alimentación del hogar mejoraron, debido en la mayoría de los casos a un aumento de los ingresos del hogar (79,3 %). De los 7,9 % de hogares que consideraron que estas condiciones han empeorado, 41,9 % expresa que es porque una o más personas del hogar perdieron el empleo (20,2 puntos más que en 2011). De la misma forma, 37,3 % consideró que es por una disminución en los ingresos o pérdida económica importante. 65,4 % de los hogares de Bosa solo alcanzan a cubrir los gastos mínimos con sus ingresos.
Ingreso per capita	De acuerdo con el documento Accvsye, en el 2015 el ingreso per cápita en la localidad fue de 428.089 pesos, ingresos que se encuentran por debajo del salario mínimo mensual para ese año, estando muy por debajo del promedio distrital e incluso de la media distrital, la cual duplica el valor del ingreso local.
Seguridad alimentaria	Según el documento Accvsye, para el 2015 el 6,8 % de los hogares en la localidad presentaron una comida falla, lo que implica que no hubo el consumo de alguna de las tres comidas diarias por falta de dinero.
Estratificación socioeconómica	Según el documento Accvsye, la mayoría de la población de la localidad reside en el estrato 2 con un porcentaje del 87,75 % (118.802 lotes), en el estrato 1 se encuentran 6,48 % (8.777 lotes), en el estrato 3 se encuentran 2,47 % (3.350 lotes) y en el estrato 0 se encuentran 3,29 % (4.451 lotes).

Fuente: Subred Sur Occidente, Matriz de Determinantes, Documento Accvsye 2016 – 2017.

Mapa 7. Dimensión económica, localidad séptima Bosa, 2016



Las altas tasas de desempleo que presenta la localidad de Bosa representan sin lugar a duda, uno de los mayores alicientes para que caigan en la delincuencia o en prácticas insalubres como la adicción a las drogas. Se requieren políticas para generar trabajo digno y decente para que permita el desarrollo de la autonomía sin depender de los programas de asistencia social. Mantener trabajos precarios sería condenar a la gente a vivir vidas precarias. El trabajo debe dejar de ser un motivo de frustraciones y convertirse en una oportunidad de desarrollo personal.

Según los casos notificados a Sisvan de los problemas de desnutrición, exceso de peso y bajo peso al nacer, el 11,2 % reside en la localidad de Bosa. El evento con mayor porcentaje de notificación es el exceso de peso con 11,6 %, más de la mitad de estos eventos se presentan en la UPZ Central. La Desnutrición Global en Menores de 5 Años (relación peso/edad) muestra para la localidad de Bosa durante el año 2015, una prevalencia del 7,2 %, menor a la reportada en el Distrito (7,9 %), sin embargo, en los dos territorios la prevalencia se encuentra por encima de lo esperado (4,0 %). Este indicador muestra la sensibilidad de las condiciones económicas frente al acceso de la alimentación de las familias.

La Desnutrición Crónica en menores de 5 años mide el retraso en el crecimiento; la prevalencia en el Distrito (talla/edad) es de 9,3 %, situación que se encuentra por encima del comportamiento de la localidad de Bosa (8,6 %). En cuanto a las Gestantes, para el año 2015, en el Distrito Capital el 21,6 % de las gestantes captadas por el Sisvan presentaron bajo peso para la edad gestacional, por otro lado, el 44,4 % de las gestantes tenían exceso de peso; 18,2 % sobre peso y 26,2 % obesidad.

Dentro de la Subred, la localidad de Bosa es la que tiene la mayor proporción de gestantes con bajo peso (25,4 %); el sobrepeso se presenta en el 40,8 % de las gestantes. Así las cosas, tanto en Bogotá como en la Subred más del 60 % de las gestantes presentan malnutrición, siendo este uno de los factores de riesgo más comunes en el embarazo para la gestante y el producto.

En las Personas Mayores en Bogotá, el 68,9 % presentan malnutrición, el 1,2 % déficit nutricional y el 67,7 % exceso de peso. Para la Subred, la situación no dista de la Distrital, el 0,9 % tiene déficit de peso y el 70 % exceso. En la localidad de Bosa, la prevalencia de malnutrición alcanza un 67,4 %, en su mayoría dada por el sobrepeso (1 % déficit, 66,4 % exceso), siendo un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas. El Bajo Peso al Nacer muestra para Bogotá una prevalencia en el año 2015 del 12,4 %, para la Subred esta fue del 11,6 %, mientras que, a nivel de localidad, Bosa es la que tiene la mayor prevalencia con 11,9 %.

2.6. DIMENSIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA

Tabla 16. Dimensión político administrativa – categorías y condiciones de vida, localidad de Bosa

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
Espacios de participación comunitaria presentes en la localidad	De acuerdo a información suministrada por VSPC, en la localidad existen 11 espacios de participación comunitaria donde se realizan acompañamientos desde salud como a grupos de juventud, niñez, víctimas del conflicto armado, población en rehabilitación de consumo de sustancia psicoactivas, población artística, juntas de acción comunal, y comedores comunitarios.

Fuente: Subred Sur Occidente, Matriz de Determinantes, Documento Accvsye 2016 – 2017

La participación comunitaria es parte fundamental, para avanzar en la identificación de problemáticas y construcción de respuestas integrales y conjuntas entre los actores del sistema de salud y la comunidad. En la localidad de Bosa se ha trabajado sobre el empoderamiento y prevención de enfermedades, hábitos saludables y reconocimiento de las acciones de la Subred.

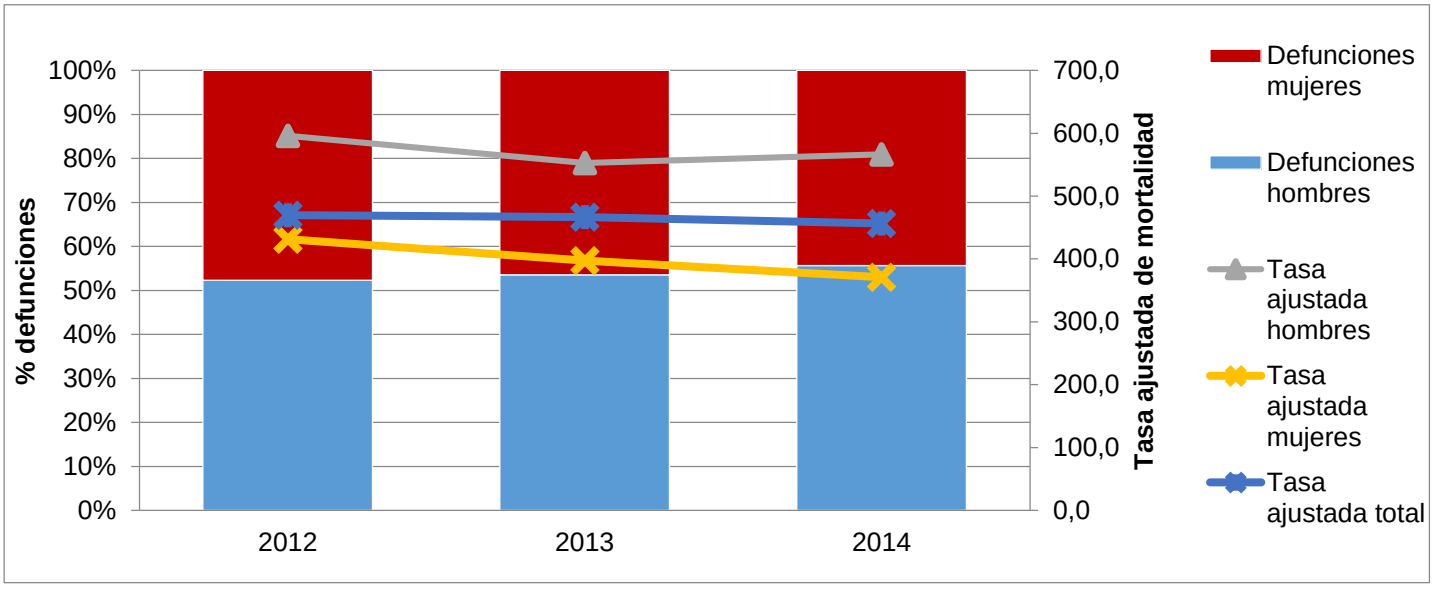
CAPITULO 3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

3.1. MORTALIDAD

El análisis de la mortalidad en la localidad de Bosa se realizó en el periodo de 2012 a 2014. El comportamiento de la tasa bruta de mortalidad entre los dos años mencionados mide 297,4 en 2012 a 305,1 muertes por cada 100.000 habitantes en 2014.

Para el año 2014, se presentaron 1.919 muertes en la localidad de Bosa. Se observa para los hombres una tasa de mortalidad ajustada de 566,4 y 371,2 en mujeres; los hombres fueron los que más defunciones presentaron con un 55,7 % aumentando 8,2 puntos porcentuales durante el periodo 2012 - 2014; en contra posición, durante el mismo periodo en la localidad de Bosa en las mujeres la mortalidad disminuyo 4,9 puntos porcentuales.

Gráfica 6. Comportamiento de mortalidad. Bosa. 2012-2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE, (junio 30 de 2016).

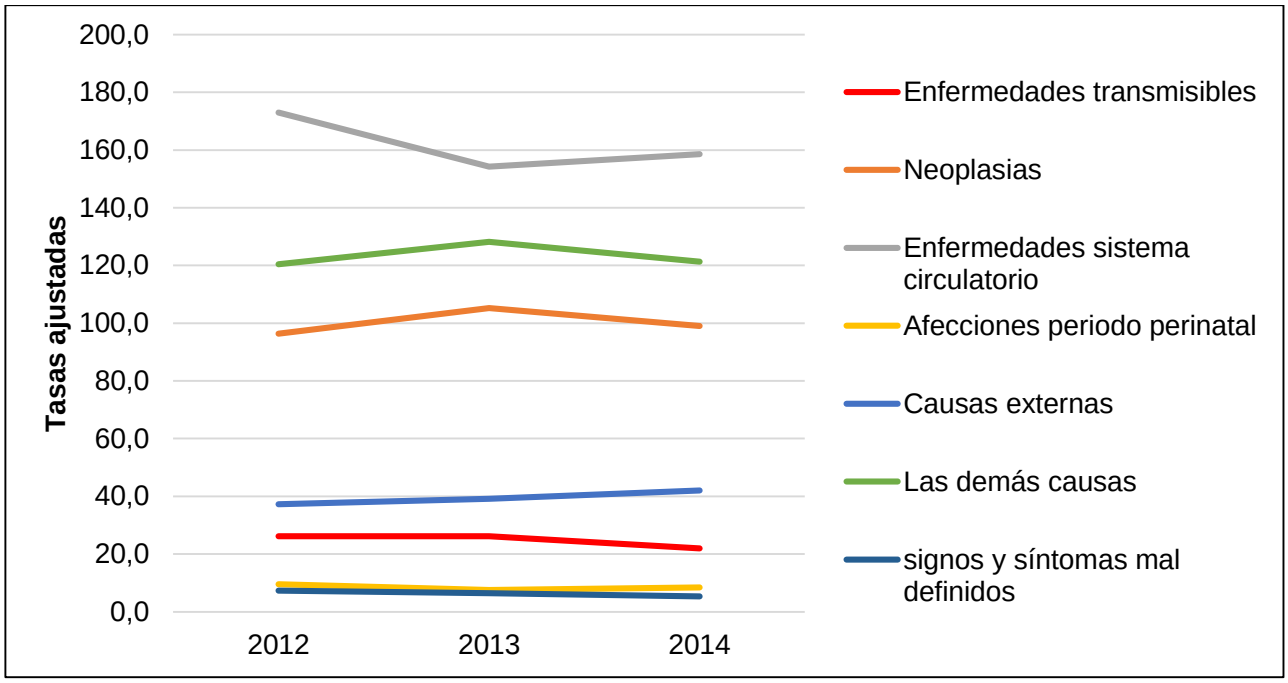
3.1.1. Mortalidad por Grandes Causas

Durante el periodo 2012 - 2014 se encontró que la principal causa de muerte en la localidad de Bosa fue las enfermedades del sistema circulatorio; para el año 2014 este grupo alcanzó

el 29,9 % con una tasa ajustada de 158,5; en segundo lugar, estuvieron las demás causas con el 24,9 % y una tasa ajustada del 121,4, seguido por el grupo de las neoplasias con el 22,7 % y una tasa ajustada de 99,0.

En el grupo de causas externas se evidencia un aumento de 4,8 puntos porcentuales comparando el año 2012 con el 2014, adicionalmente se evidencia en este grupo, que los hombres presentan una mortalidad del 17,1 % y las mujeres de 4,2 %. En los grupos de mortalidades por enfermedades trasmisibles, afecciones del periodo perinatal y mal definidas en los tres años de análisis presentan un comportamiento oscilante estacional.

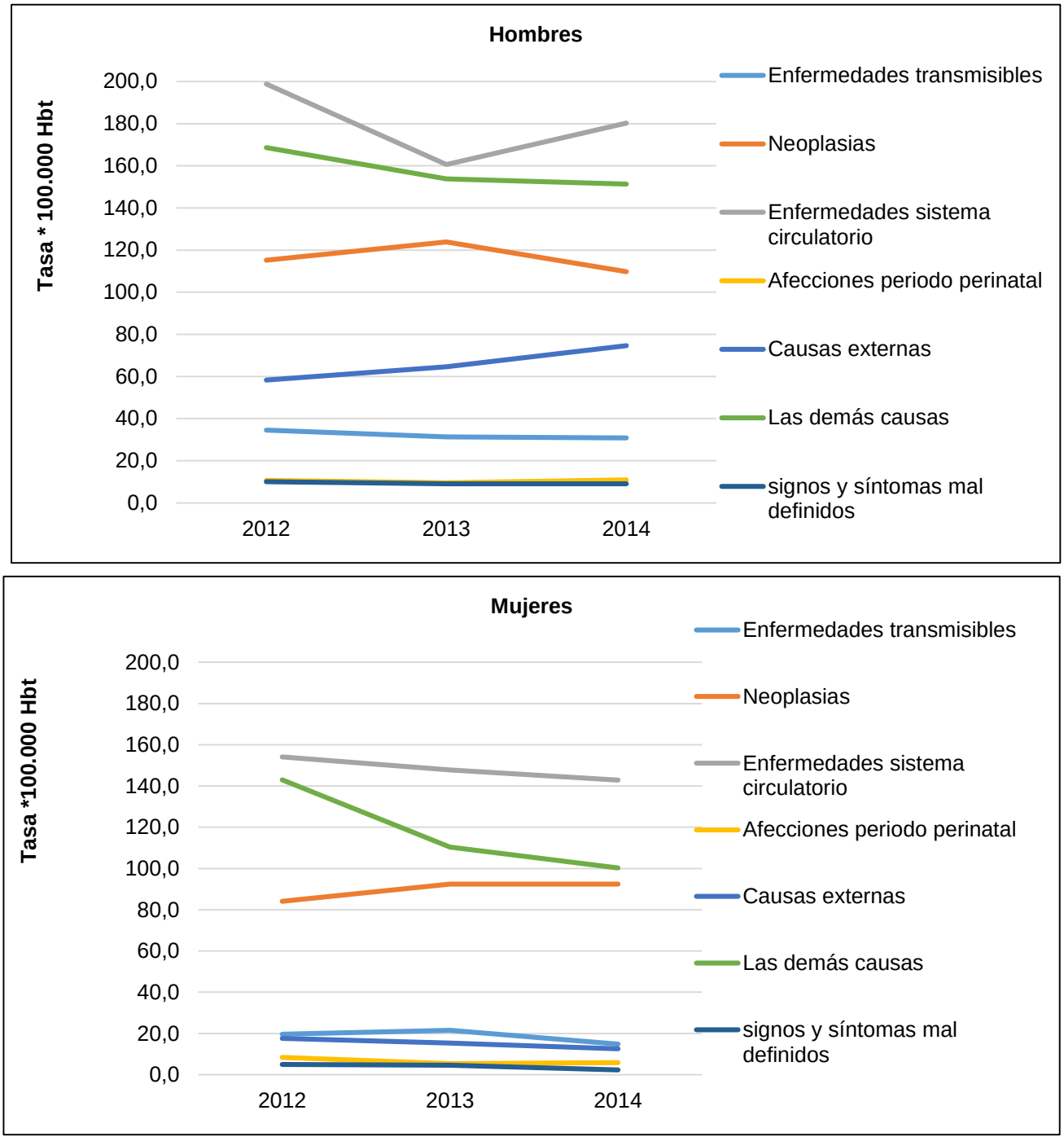
Gráfica 7. Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas. Bosa, 2012 – 2014



Fuente: de estadísticas vitales DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

Al realizar el análisis por sexo, se evidencia que la primera causa de muerte en las mujeres es por enfermedades del sistema circulatorio con una carga del 35 %, seguida de las demás causas con el 26,3 % y las neoplasias; los hombres comparten estas mismas tres primeras causas de muerte.

Gráfica 8. Tasas ajustadas mortalidad por grandes causas y sexo, localidad de Bosa. 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012:Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

A continuación, se realizará un análisis por cada grupo de gran causa de mortalidad, evidenciando el momento de curso de vida más representativo y sexo cuando estas variables causen gradiente en el comportamiento de la mortalidad.

En el grupo de enfermedades trasmisibles el curso de vida vejez presenta una representación porcentual 23,6 % en los hombres y 66,7 % en las mujeres. La mortalidad por neoplasias presenta una concentración en hombres mayores de 50 años del 79,3 %, sin embargo, el quinquenio que más presentó muertes por este grupo de patologías fue el de 70 a 74 años (14,3 %) y la etapa de vejez en mujeres presenta un porcentaje del 23,6 %.

Como se mencionó anteriormente, el subgrupo de enfermedades del sistema circulatorio es quien el que presenta mayor tasa de mortalidad en la localidad de Bosa, mirando el porcentaje de hombres en vejez con el 77,8 % y el 69,1 % para las mujeres de este mismo curso de vida. Las afecciones del periodo perinatal son exclusivas de la primera infancia, la mortalidad es de 66,1 % hombres y 33,9 % son mujeres.

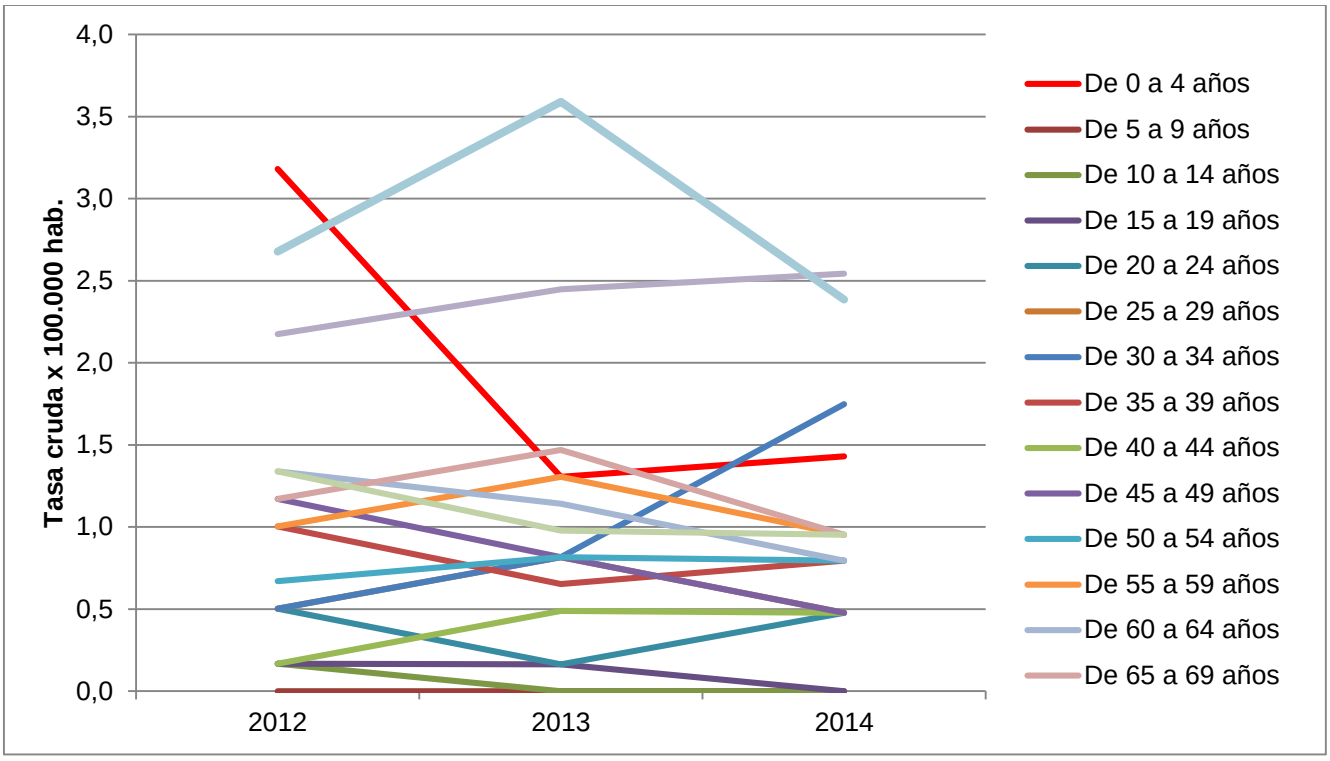
En las mortalidades por causas externas, el porcentaje de hombres de 15 a 34 años es del 68,8 % y del total de mujeres el grupo de 20-34 años corresponde el 33,3 % y los grupos de 50 a 54 años y mayores de 80 años cada uno aporta el 11,1%. Con referencia a las demás causas, se ve reflejado el mayor porcentaje de mortalidad en primera infancia (hombre 9,4 % y mujeres 10,7 %), y vejez (hombre25,1 % y mujeres 32,1 %).

3.1.2. Mortalidad por Subgrupos

Enfermedades Transmisibles

La localidad de Bosa presentó durante el periodo 2012-2014 un descenso en los cursos de vida primera infancia, infancia, adolescencia, juventud y vejez; como se observa en la siguiente gráfica.

Gráfica 9. Tasas crudas de mortalidad enfermedades transmisibles por quinquenios. localidad de Bosa. 2012 – 2014

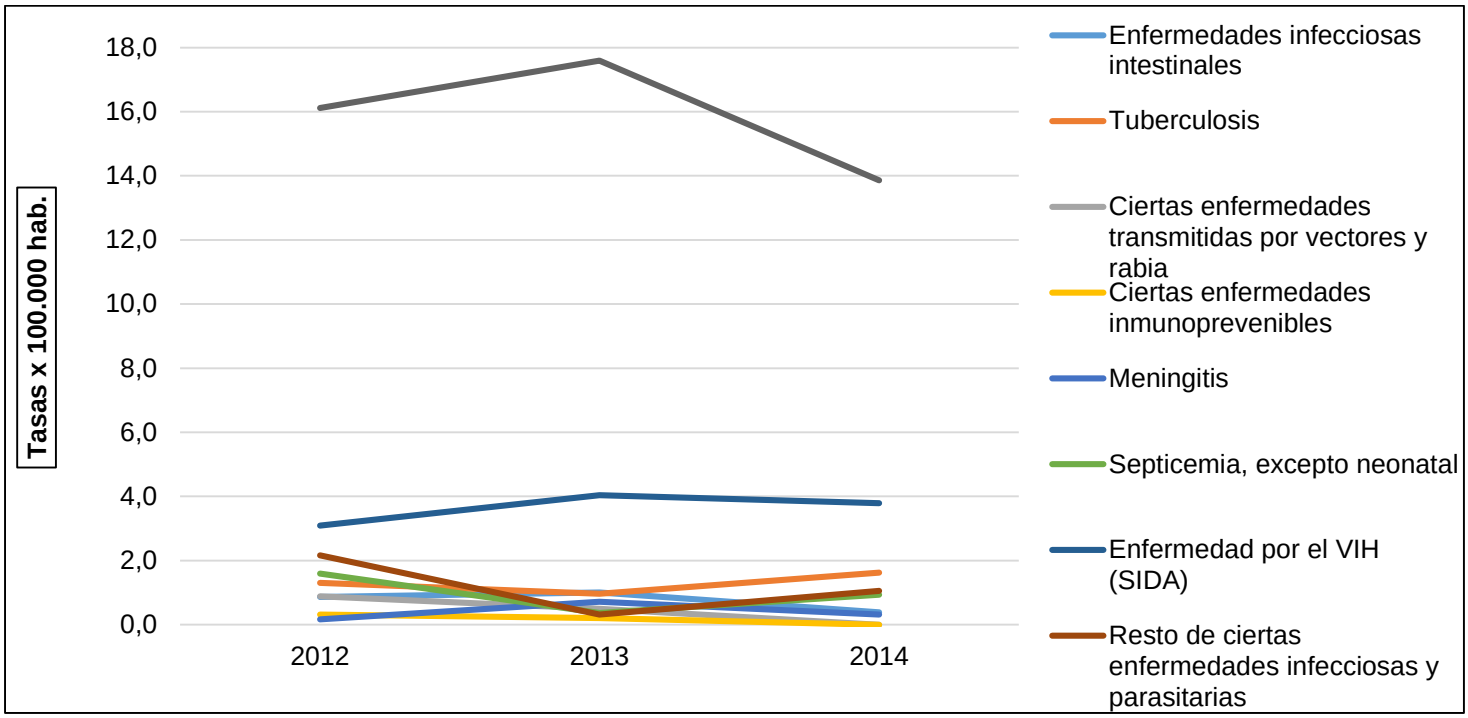


Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016

Las mortalidades por enfermedades transmisibles en la localidad de Bosa presentan una disminución de 3,7 puntos porcentuales para el periodo 2012 a 2014. Se resaltan entre los subgrupos, ciertas enfermedades trasmitidas por vectores y ciertas enfermedades inmunoprevenibles los cuales presentan una disminución de la tasa hasta llegar a 0 durante el periodo analizado.

La principal causa de muerte en el grupo de las enfermedades trasmisibles son las infecciones respiratorias con una tasa de mortalidad de13,9 por 100.000 habitante para la localidad de Bosa en el año 2014, en comparación con el año 2012 presenta una disminución de 2,3 puntos porcentuales, la segunda causa de muerte fueron las enfermedades por el VIH (SIDA) con una tasa de 3,8 por 100.000 habitante, seguido de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con una tasa de 1,6 por 100.000 habitante.

Gráfica 10. Mortalidad subgrupo enfermedades transmisibles. Bosa, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016). *Tasas ajustadas.

Los grupos de infección respiratoria aguda y enfermedad por VIH – SIDA son los subgrupos de grandes causas principales en el periodod 2012- 2014 en la loclaidad de Bosa, adicionalmente, el ultimo años evaluado estas mismas causas son las primeras a nivel distrital.

Tabla 17. Tasas ajustadas de mortalidad por Enfermedades Trasmisibles, Bosa y Subred Sur Occidente. 2014

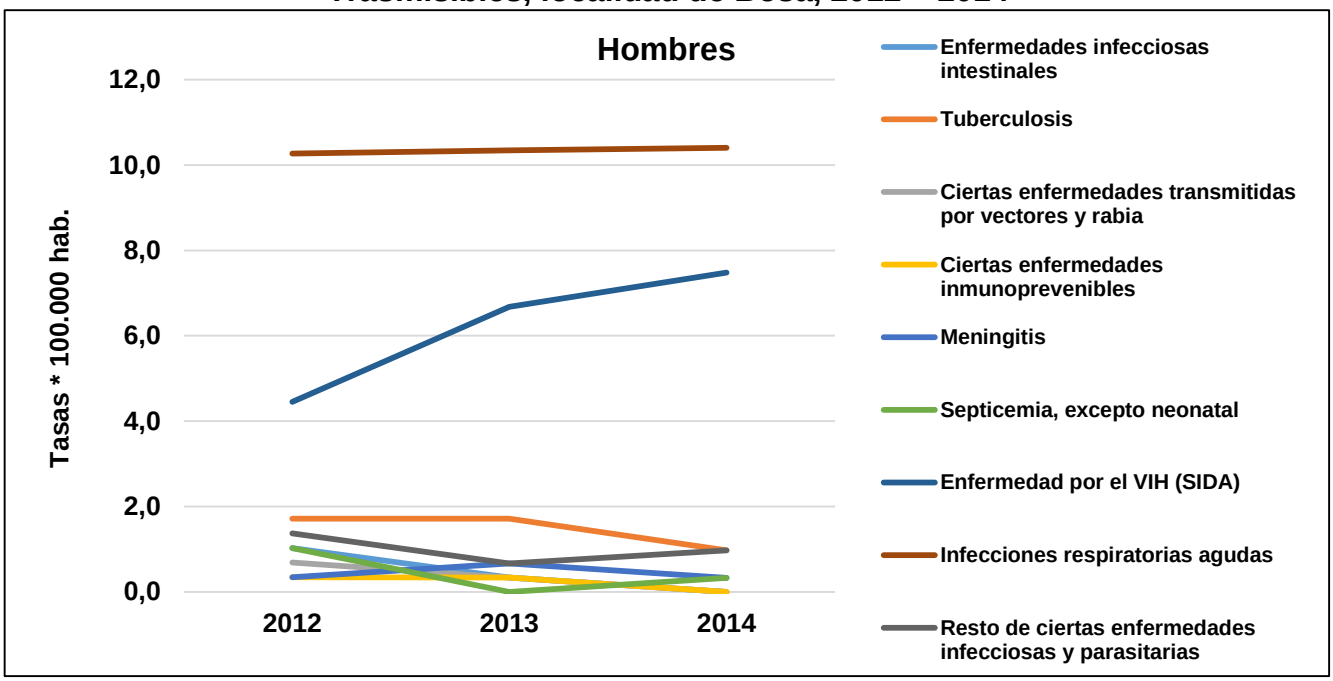
Enfermedades trasmisibles	Bosa	Subred Sur Occidente
Enfermedades infecciosas intestinales	0,4	0,9
Tuberculosis	1,6	0,8
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,0	0,3
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,0	0,1
Meningitis	0,3	0,3

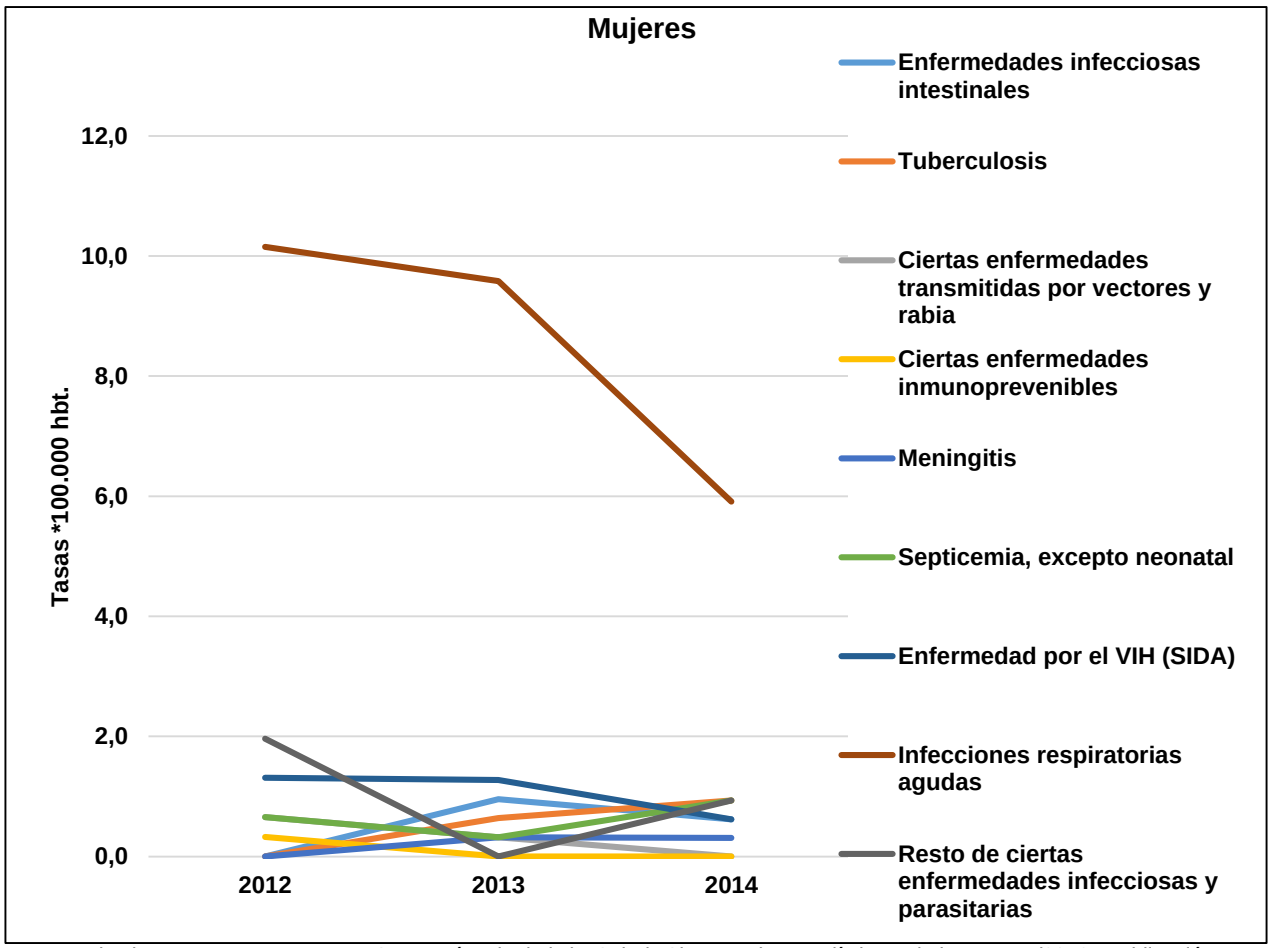
Septicemia, excepto neonatal	0,9	0,7
Enfermedad por el VIH (SIDA)	3,7	2,9
Infecciones respiratorias agudas	13,9	12,6
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitaria	1,1	1,1

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Según los datos analizados para el año 2014 en la localidad de Bosa, las infecciones respiratorias agudas se presentaron en hombres durante la primera infancia y la vejez; los momentos del curso de vida que más afectación presentaron en hombres por VIH –SIDA fueron Juventud y adultez; con respecto a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias se presentaron en diferentes cursos de vida: primera infancia, adultez y vejez. En las mujeres ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias se observan con mayor peso en la adultez. Con respecto a las septicemias e infecciones intestinales, se observaron en ambos sexos, específicamente en la vejez.

Gráfica 11. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo para subgrupos de Enfermedades Trasmisibles, localidad de Bosa, 2012 – 2014



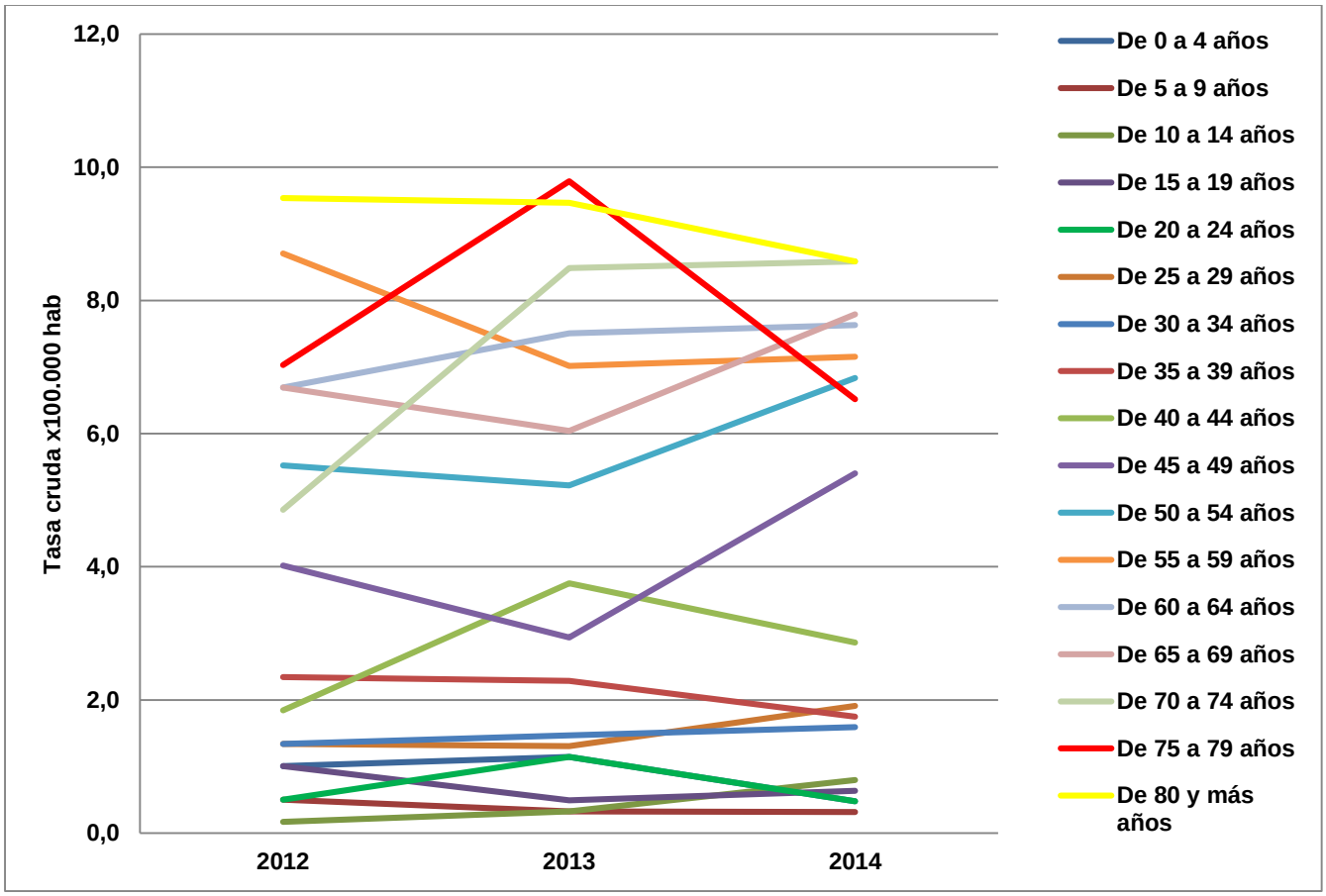


DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Neoplasias

Al analizar por las mortalidades por enfermedades neoplásicas en comparación para los años 2012 y 2014 evidencia un aumento de las defunciones en personas que se encuentran en los cursos de vida adultez y vejez; para la primera infancia la tendencia fue decreciente en el mismo periodo de tiempo.

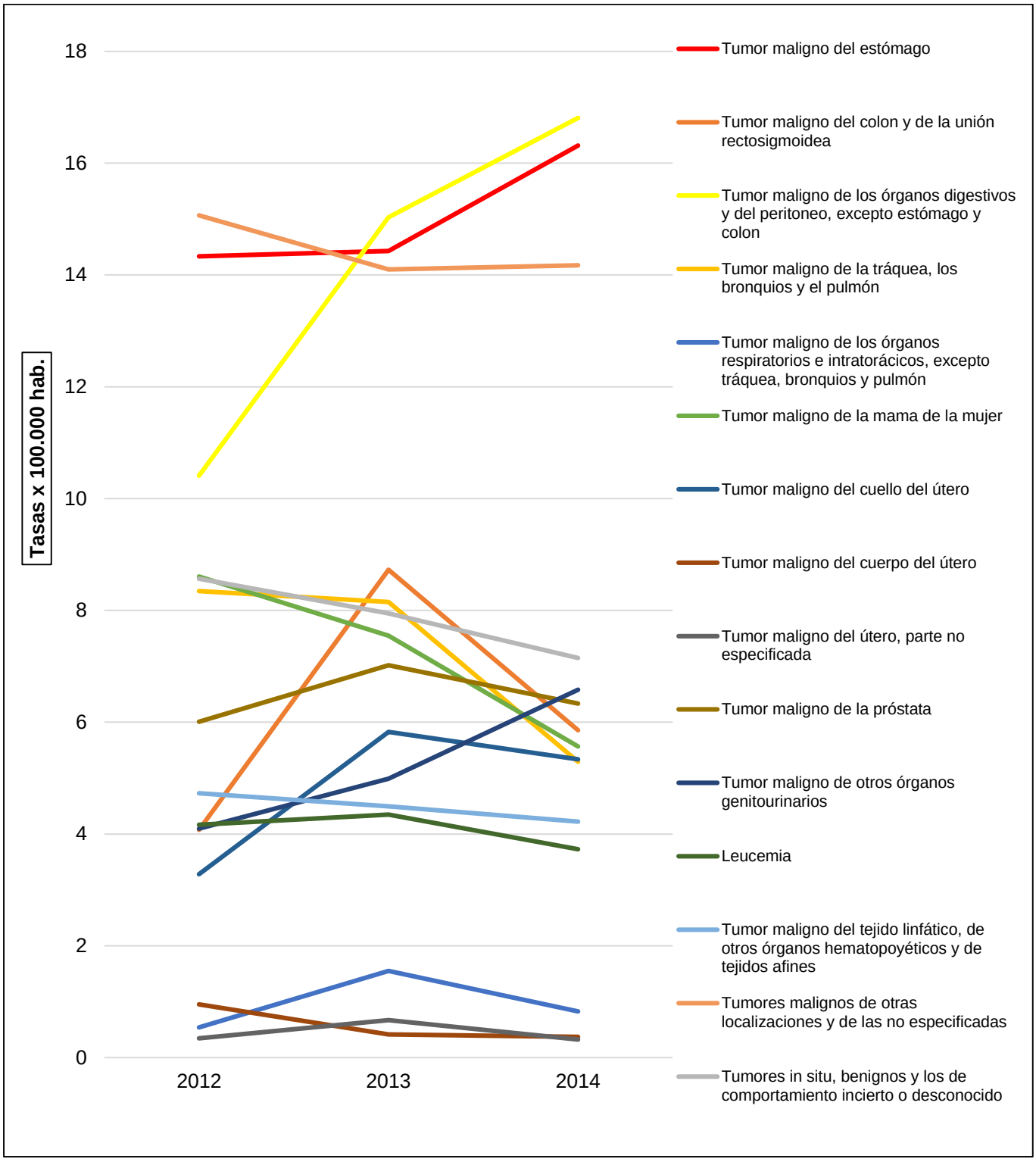
Gráfica 12. Tasas crudas de mortalidad enfermedades neoplásicas por quinquenios. localidad de Bosa. 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Las neoplasias representan la tercera causa de muerte en residentes de la localidad de Bosa en el año 2014, la tasa de mortalidad por esta causa fue de 99,0 por cada 100.000 habitantes, la cual disminuyó en 2,7 puntos respecto al año 2012. Dentro de este grupo, las tasas más altas son las relacionadas con el aparato digestivo (tumores en estómago, colon, otros órganos digestivos), siendo la primera causa el tumor maligno de estómago con tasas por encima de las de la Subred (16,3 vs 13,2); por sexo, las mujeres son las que presentan mayor riesgo de enfermar por esta causa con el 51,7.

Gráfica 13. Mortalidad subgrupo neoplasias. Bosa, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

La mortalidad por neoplasias es mayor en hombres (239,0) que en mujeres (176,6). En hombres las causas son: tumor maligno del estómago con una tasa de 39,4 constituyéndose en la primera causa de muerte por este subgrupo, seguida del tumor maligno de próstata con una tasa de 32,8 y tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas con una tasa de 32,1. En mujeres la primera causa de defunción por neoplasias es causada por el tumor maligno de la mama de la mujer (28,6), la segunda causa fue por tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas (26,9) y la tercera por tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo (24,9) excepto estómago y colon.

Tabla 18. Tasas ajustadas de mortalidad Neoplasias localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2014

Neoplasias	Bosa	Subred Sur Occidente
Tumor maligno del estomago	16,3	13,2
Tumor maligno del colón y de la unión recto sigmoidea	5,9	7,3
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colón	16,8	17,3
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	5,3	8,0
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,8	0,7
Tumor maligno de la mama de la mujer	5,6	5,9
Tumor maligno del cuello del útero	5,3	3,5
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,4	1,4
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,3	0,4
Tumor maligno de la próstata	6,3	6,8
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	6,6	5,5
Leucemia	3,7	4,8
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	4,2	6,5
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificas	14,2	15,6
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	7,1	7,2

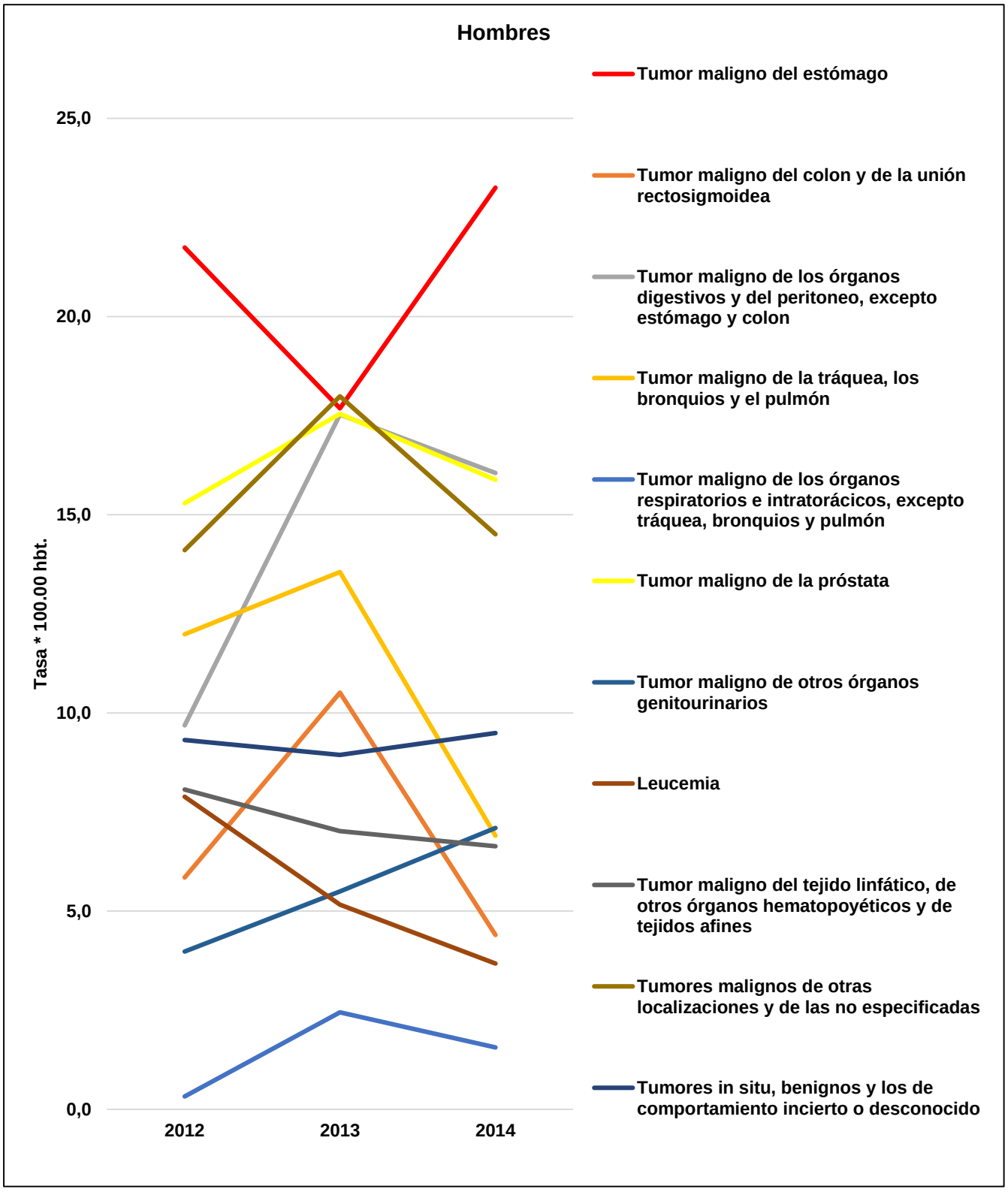
Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: PublicaciónDANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

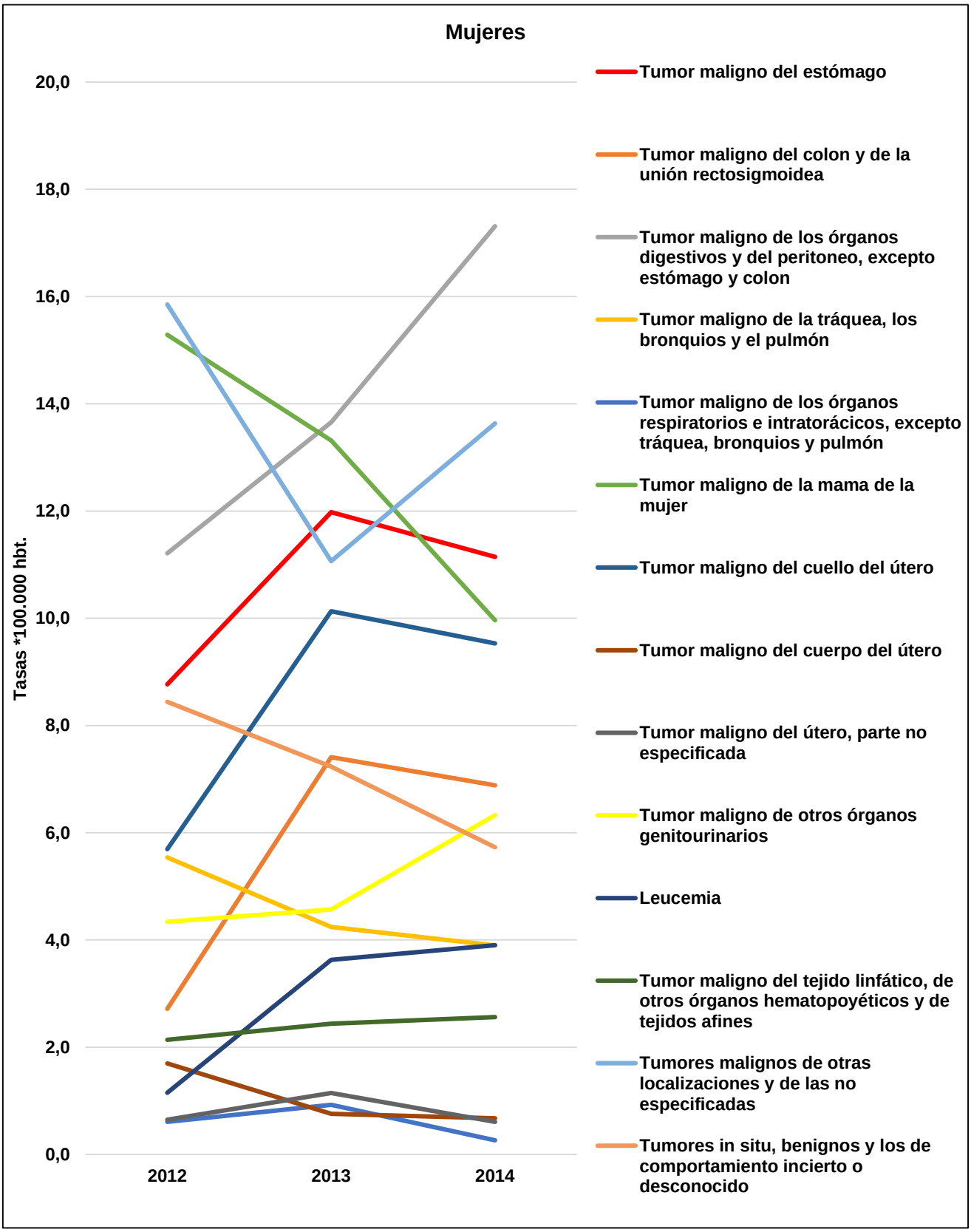
Para el año 2014 en la localidad de Bosa, se observa que los hombres en el curso de vida adultez y vejez son los más afectados por el tumor maligno de estómago, tumor maligno de colon y de la unión recto sigmoidea, tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo(excepto estómago y colón), tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón y tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón; para estas mismas patologías las mujeres comparten el mismo curso de vida, excepto tumor maligno de Colon y tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, (excepto tráquea, bronquios y pulmón) donde se presentan fallecimientos desde la juventud.

En las neoplasias del sistema reproductor femenino, las mortalidades por tumor maligno de la mama de la mujer, tumor maligno del útero y tumor maligno del cuello del útero se presenta en los momentos adultez y vejez, para estos mismos momentos de curso de vida en los hombres se presenta mortalidad por tumor maligno de la próstata.

Para las mortalidades por leucemias se observó que la tasa más alta en mujeres (3,9) que en hombres (3,7) y no se presentaron muertes en primera infancia e infancia.

Gráfica 14. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo para subgrupos de Neoplasias, localidad de Bosa, 2012 – 2014



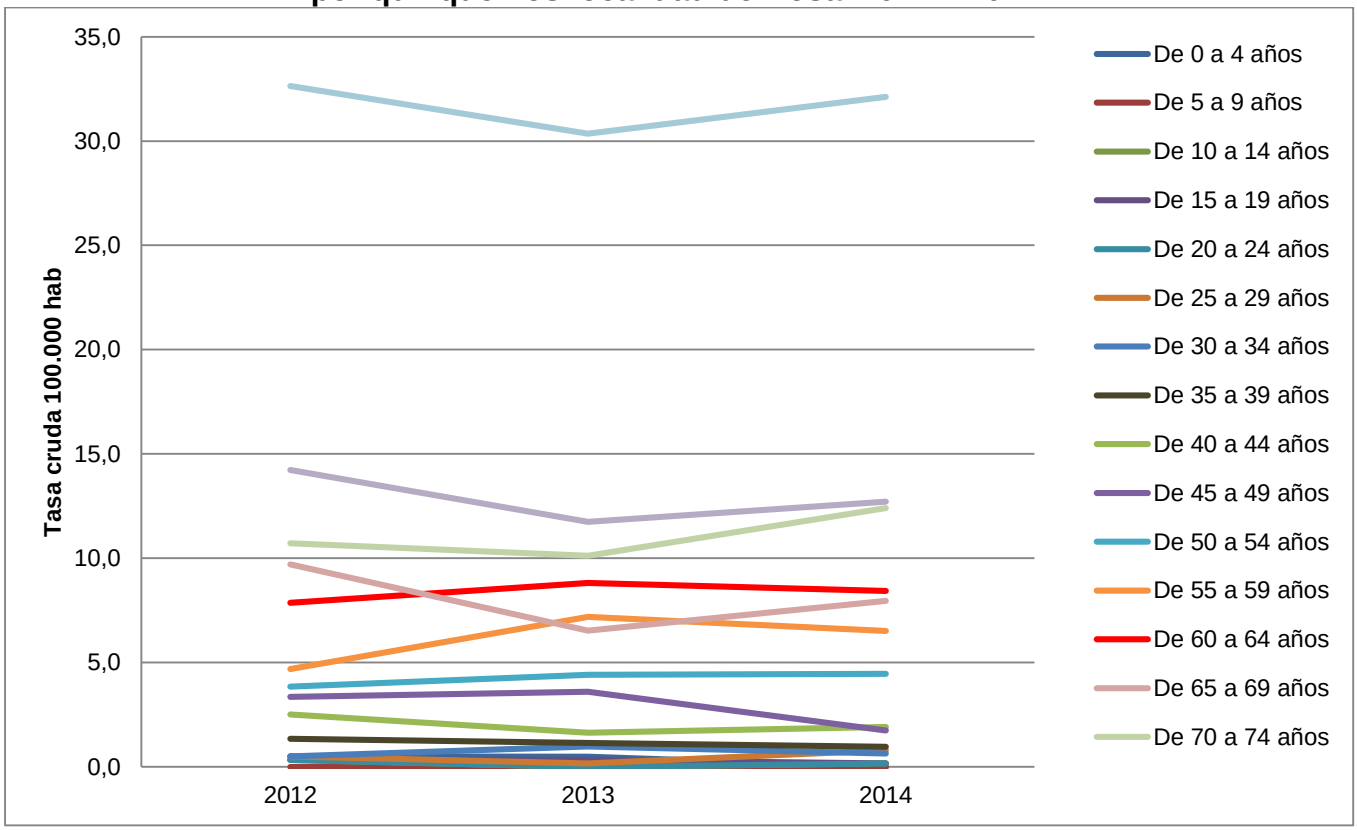


Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Enfermedades del sistema circulatorio

Las tasas crudas de mortalidad para las enfermedades del sistema circulatorio se encuentran especialmente en el momento del curso de vida vejez, con picos en los quinquenios de 70 a 74 y 80 y más años, y son más altas en mujeres (301,9 por 100.000 mujeres) que en hombres (267,1 por cada 100.000 hombres).

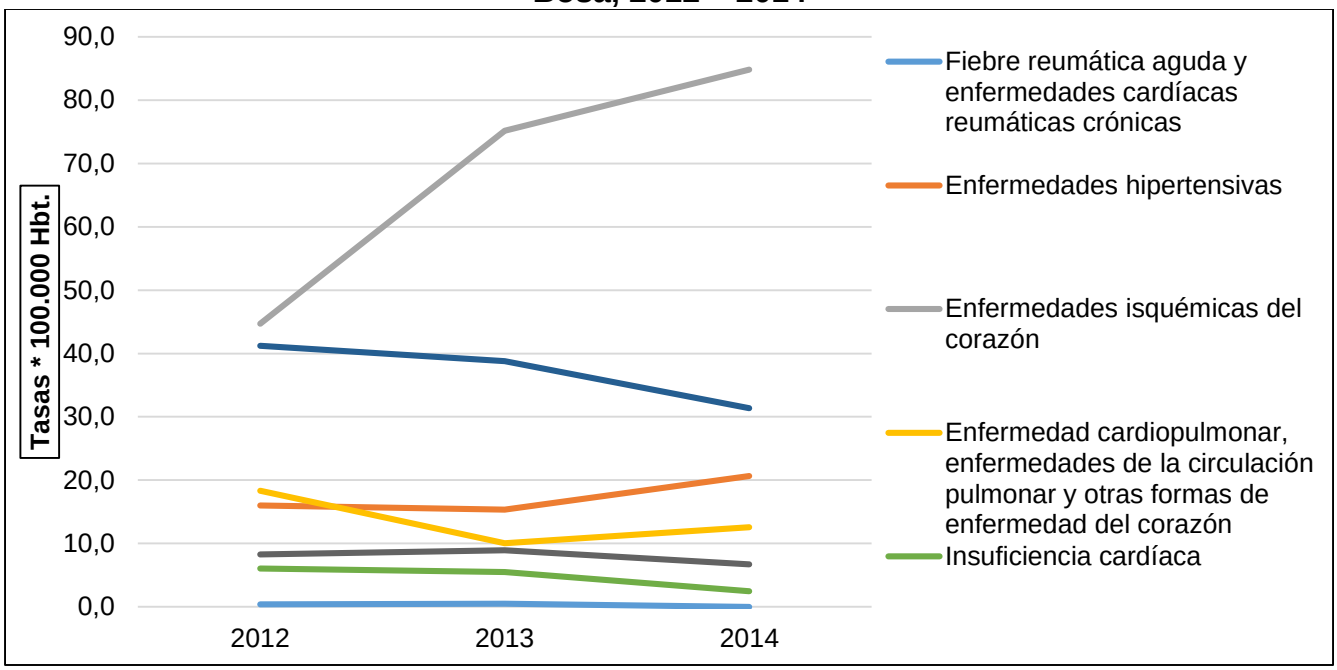
Gráfica 15. Tasas crudas de mortalidad enfermedades del sistema circulatorio por quinquenios localidad de Bosa. 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Las enfermedades del sistema circulatorio en la localidad presentan un comportamiento descendente, con una tasa de 158,5 para el año 2014. La enfermedad isquémica del corazón es la primera causa de defunción en este subgrupo con una tasa de 84,8 muertes por cada 100.000 habitantes, seguida por las enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas con tasas de 31,4 y 20,7 respectivamente.

Gráfica 16. Mortalidad subgrupo enfermedades del sistema circulatorio. Bosa, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Al comparar las tasas de los subgrupos en la localidad de Bosa en 2014 frente las tasas calculadas para la Subred en el mismo periodo, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares se encuentran por encima, 10,2 puntos y 0,5 puntos respectivamente.

Tabla 19. Tasas ajustadas de mortalidad Enfermedades del Sistema Circulatorio. Bosa y Subred Sur Occidente, 2014

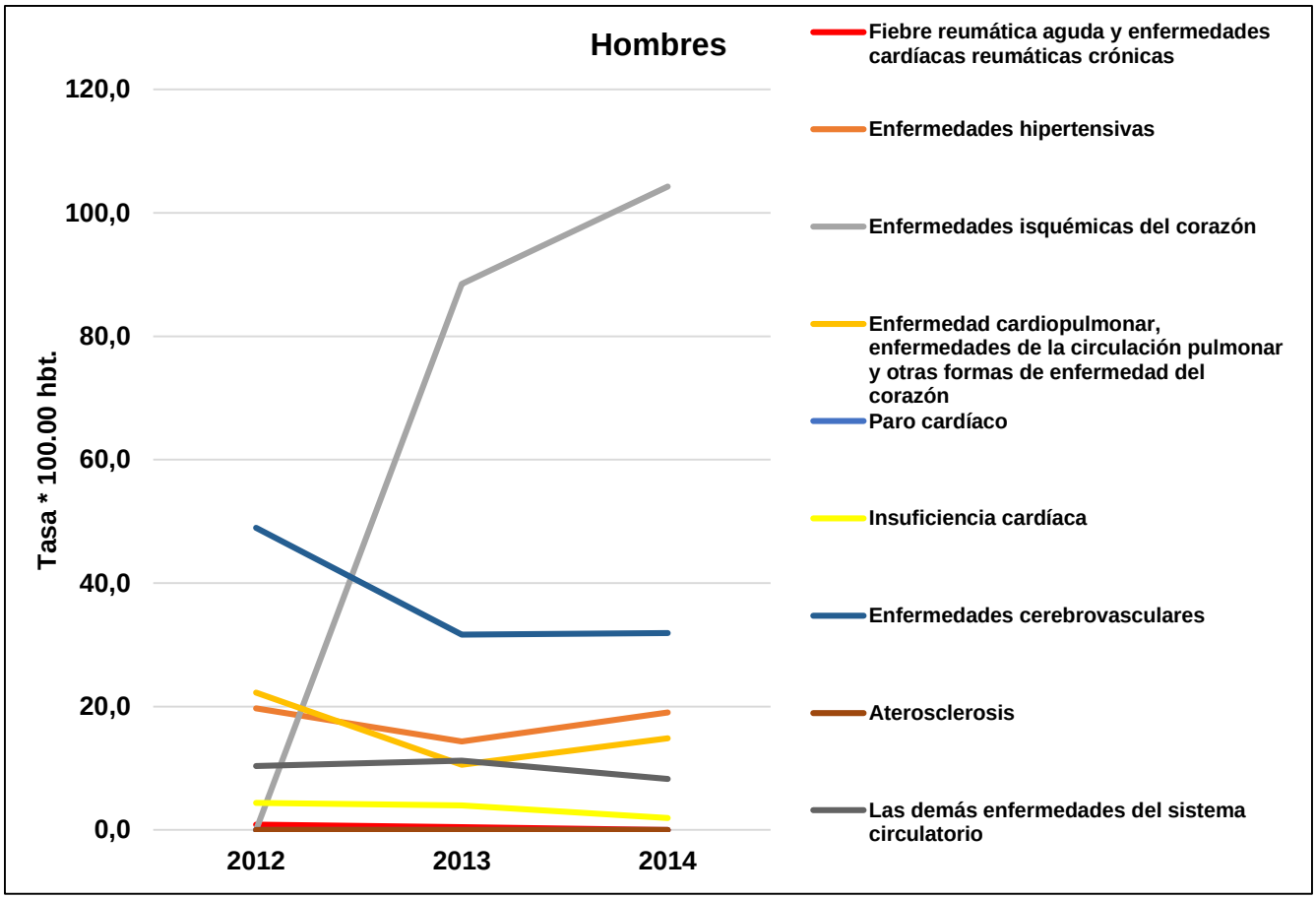
Enf sistema circulatorio	Bosa	Subred Sur Occidente
Fiebre reumática y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0,0	0,1
Enfermedades hipertensivas	20,7	17,9
Enfermedades isquémicas del corazón	84,8	74,6
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades Del corazón	12,6	12,6
Paro cardíaco	0,0	0,0
Insuficiencia cardíaca	2,5	2,3
Enfermedades cerebrovasculares	31,4	30,9

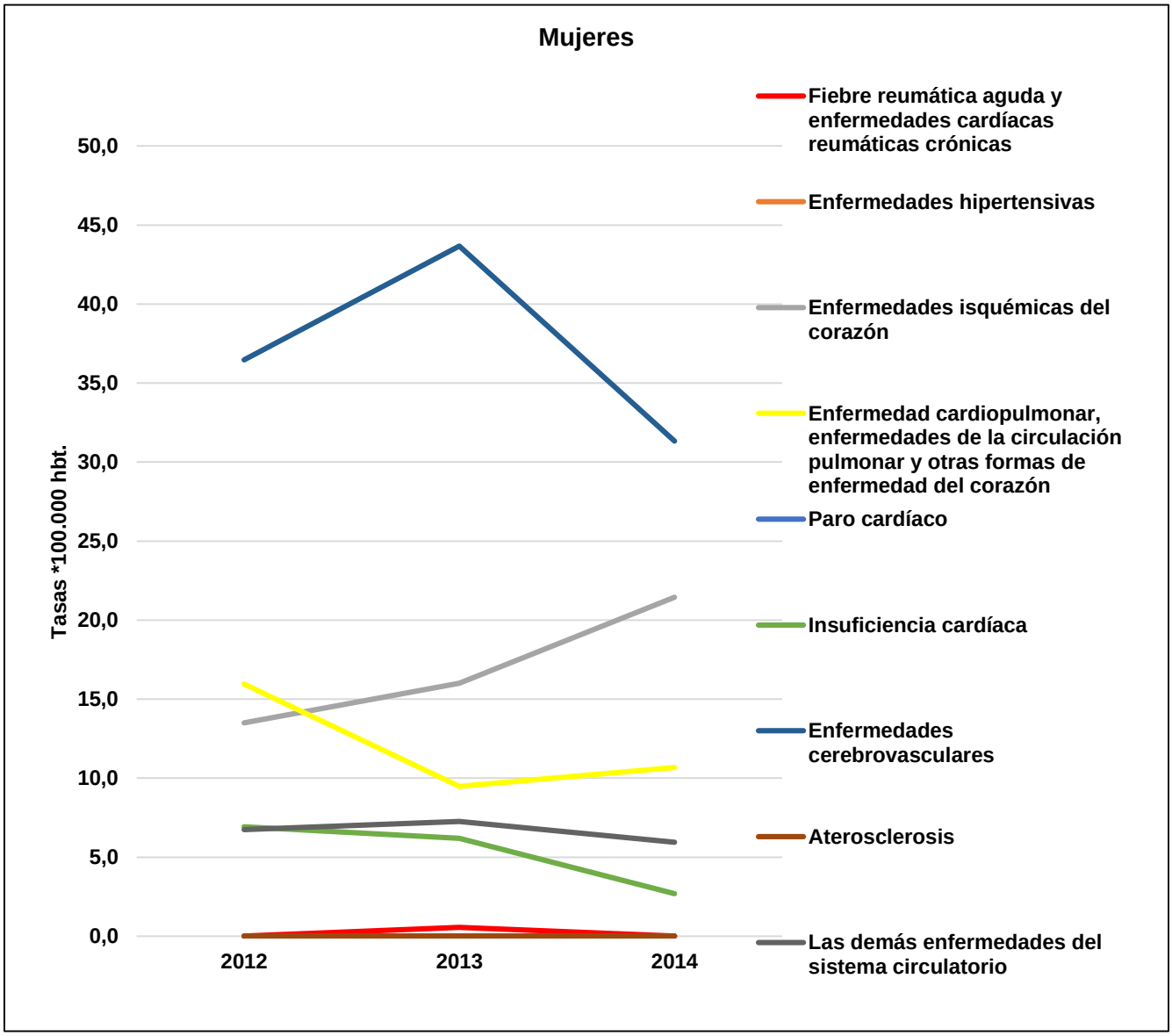
Aterosclerosis	0,0	0,1
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	6,7	7,7

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Las tasas de mortalidad en donde las mujeres tiene una representación más alta son hipertensión arterial (21,5) e insuficiencia cardiaca (2,7); los hombres presentan la mortalidad más alta por enfermedades isquémicas del corazón (104,3), enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón (14,8), enfermedades cerebrovasculares (31,9) y las demás enfermedades del sistema circulatorio (8,2).

Gráfica 17. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo para subgrupos del sistema circulatorio, localidad de Bosa, 2012 – 2014



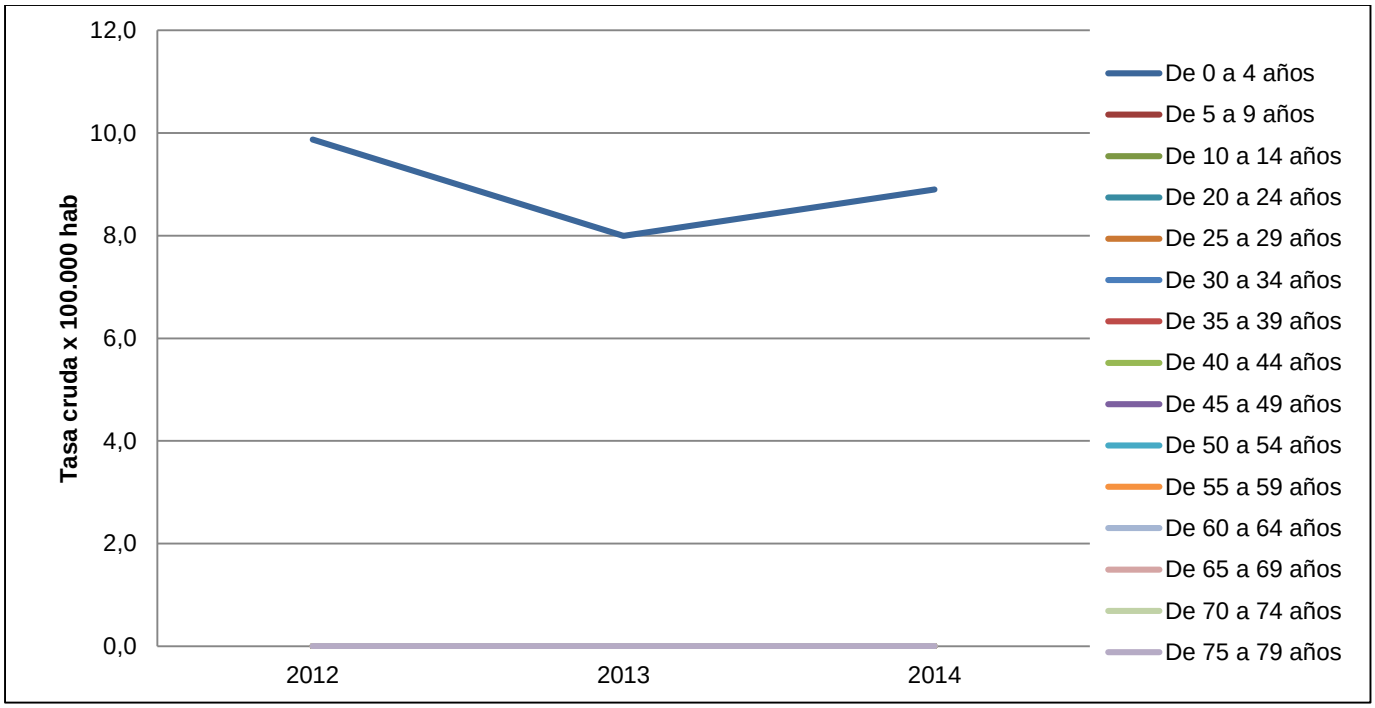


Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Afecciones del Periodo Perinatal

En Bosa las afecciones en el periodo perinatal tuvieron una disminución de la tasa pasando de 9,5 en el 2012 a 8,4 en el 2014. Con respecto al año 2014 la primera causa de mortalidad por este grupo, fueron los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con una tasa de 3,2 seguida por resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal con una tasa de 2,0. Los trastornos respiratorios específicos del período perinatal tuvieron un descenso en el periodo analizado.

Gráfica 18. Tasas crudas de por afecciones del periodo perinatal por quinquenios localidad de Bosa. 2012 – 2014

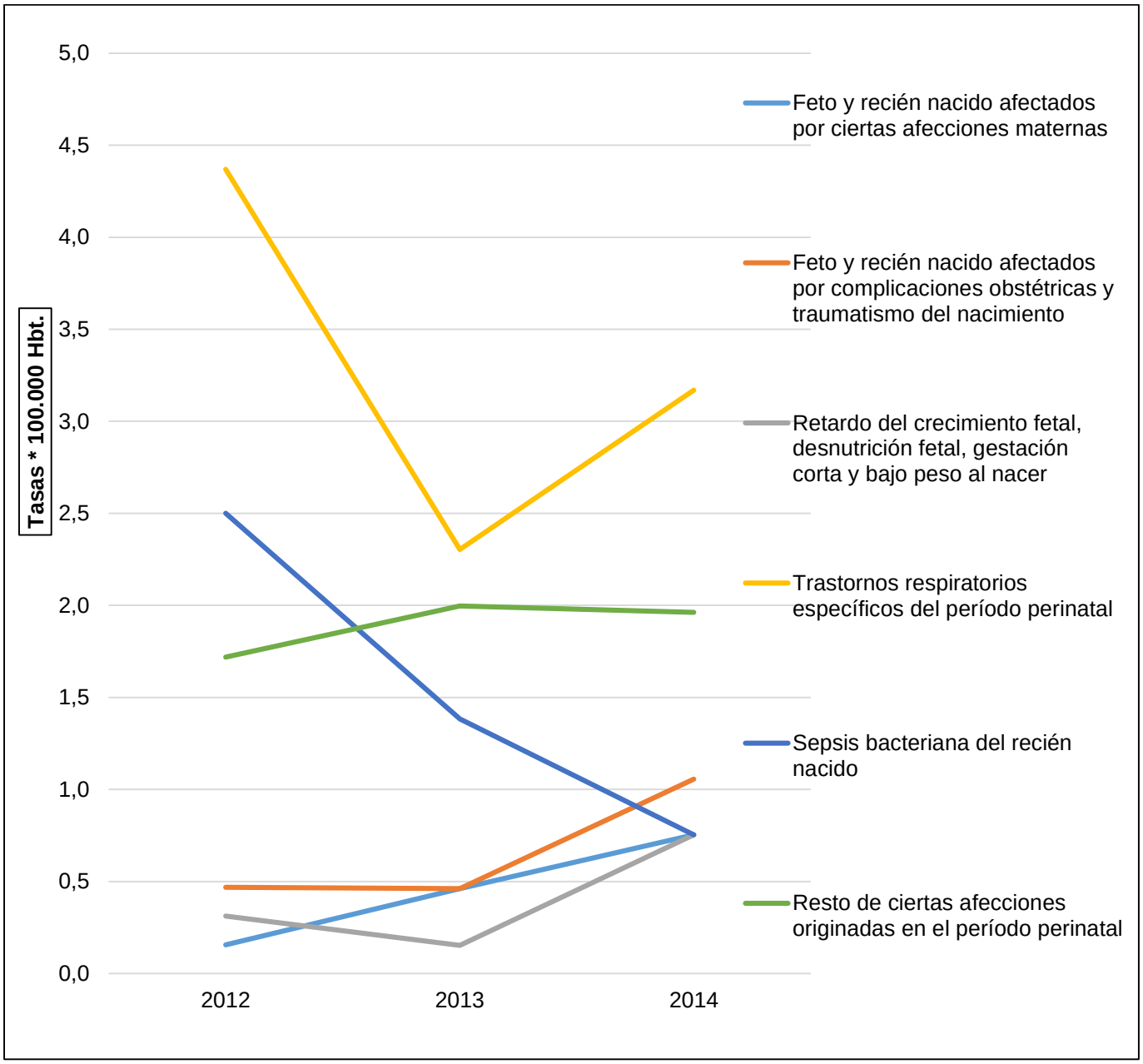


Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

La mortalidad por este tipo de afecciones es más alta en hombres con una tasa de 20,2 que en las mujeres 13,7. Por subcausa, en los hombres el 33,3 % de las muertes son por trastornos respiratorios específicos del período perinatal y sepsis bacteriana del recién nacido; el 20 % fallece por resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

En mujeres el comportamiento es diferente, el 42,9 % de las defunciones son por resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal, seguida de los trastornos respiratorios específicos del período perinatal a los cuales se les atribuye el 28,6 % de las defunciones, y sepsis bacteriana del recién nacido y feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas cada una con el 14,3 %.

Gráfica 19. Mortalidad subgrupo afecciones en el periodo perinatal. Bosa, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Para el año 2014 el comportamiento dentro de la localidad es similar al de la Subred en las dos primeras causas (trastornos respiratorios del periodo perinatal y resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal).

Tabla 20. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del Periodo Perinatal de la localidad de Bosa. Subred Sur Occidente. 2014.

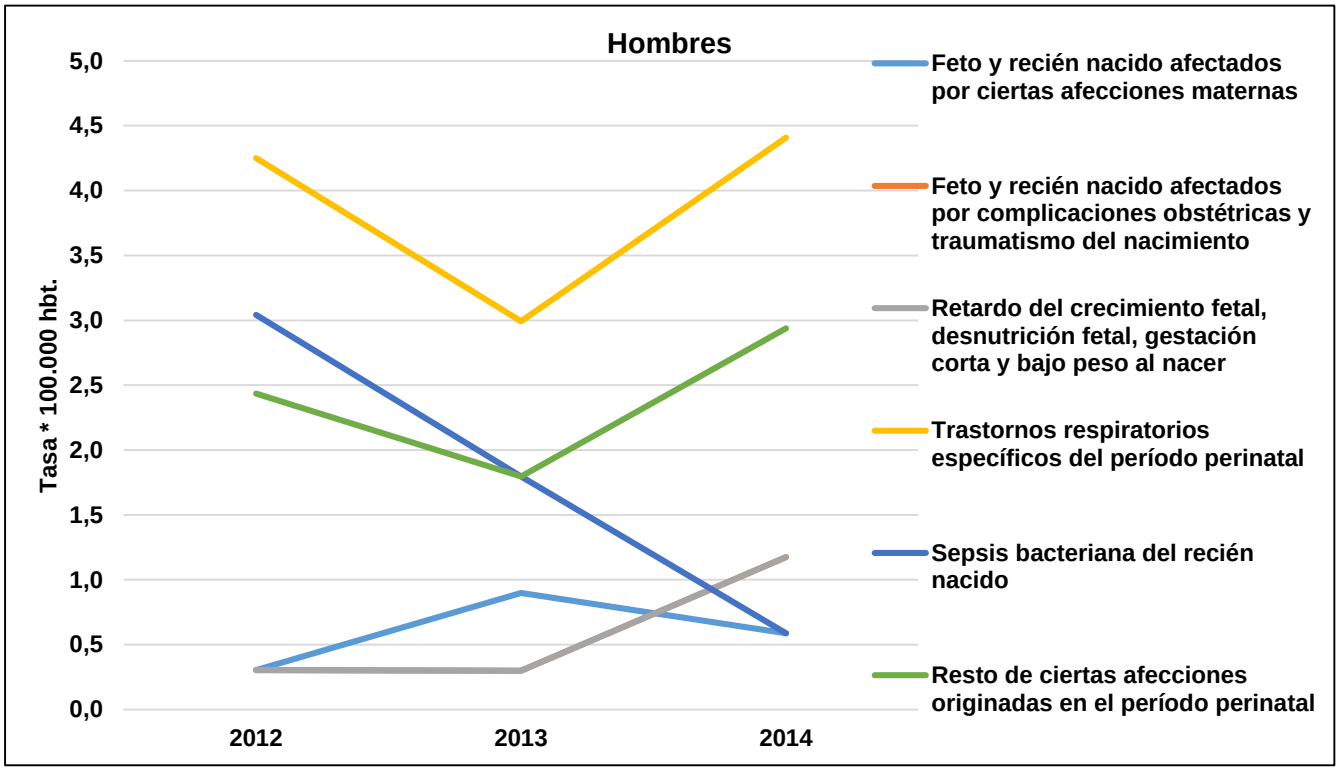
Afecciones periodo perinatal	Bosa	Subred Sur Occidente
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0,8	0,5
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	1,1	0,8
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,8	0,6
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	3,2	2,7
Sepsis bacteriana del recién nacido	0,8	1,2
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2,0	1,7

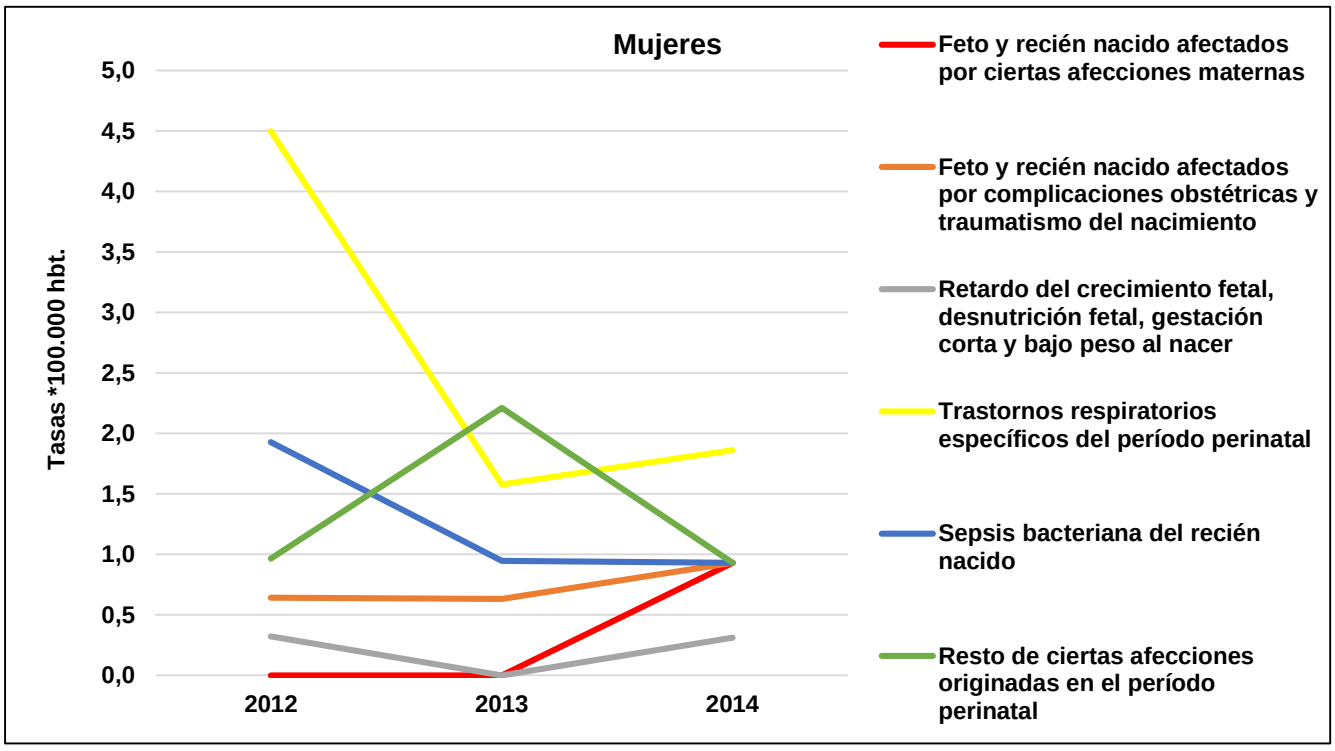
Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Es importante resaltar que la disminución en las tasas evidenciadas en el periodo, se deben en parte a la optimización del proceso de calidad del dato en el Registro Único de Afiliados (RUAF) y en los programas ofertados a nivel individual y colectivo para la salud del binomio madre-hijo.

El momento del curso de vida primera infancia es donde se desarrollan las patologías de este subgrupo; los eventos presentan tasas de mortalidad más altas en niños para trastornos respiratorios específicos del período perinatal (4,4 niños y 1,9 en niñas) siendo esta la primera casa para ambos sexos, resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal (2,9 en niños y 0,9 en niñas), Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento (1,2 en niños y 0,9 en niñas.

Gráfica 20. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo para subgrupos de afecciones del periodo perinatal, localidad de Bosa, 2012 – 2014



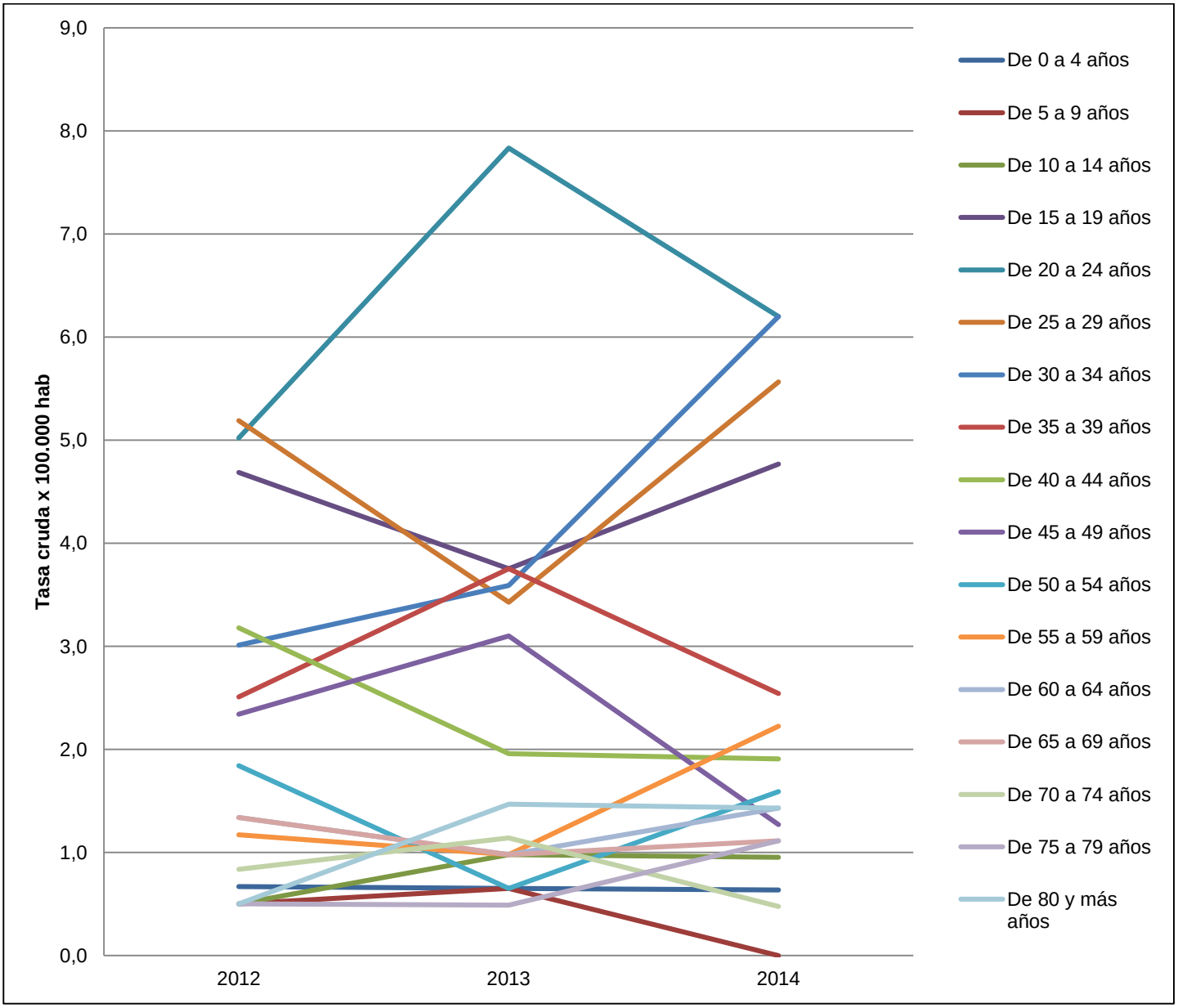


Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Causas Externas

Para el período de análisis, en la localidad de Bosa se evidencian cambios en el comportamiento de la mortalidad por Lesiones de Causa Externa con una tasa de 37,2 en 2012 y 42 para el año 2014. Las causas externas con mayor tasa fueron: agresiones (homicidios) y accidentes de transporte terrestre.

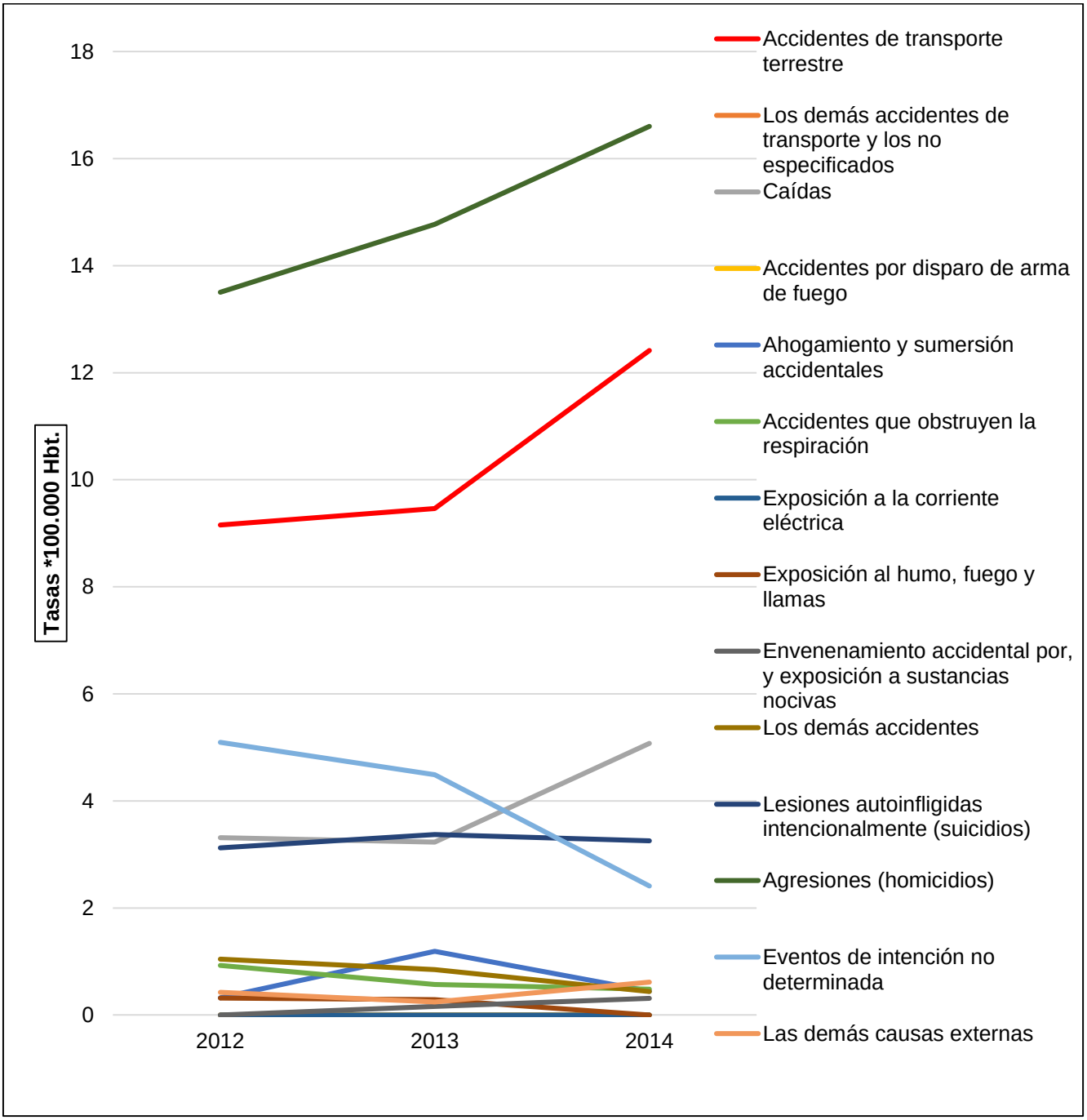
Gráfica 21. Tasas crudas causas externas por quinquenios, localidad de Bosa. 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Por sexo se presentan más muertes en hombres con una relación de 6:1 con respecto a las mujeres Así mismo, ejercen labores de alto riesgo que pueden conllevar a la muerte, si no se tienen las precauciones necesarias.

Gráfica 22. Mortalidad subgrupo causas externas. Bosa, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Al analizar por subgrupo de causas externas, las agresiones (homicidios) son la primera causa de muerte y aumentaron en el período analizado, pasando de una tasa en el 2012 de 13,5 a una tasa en el 2014 de 16,6, La segunda causa de mortalidad fueron los accidentes de transporte terrestre, en el 2012 este subgrupo presentó una tasa de mortalidad de 9,1 y para el 2014 de 12,4.

Tabla 21. Tasas ajustadas de mortalidad por Causas Externas de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2014

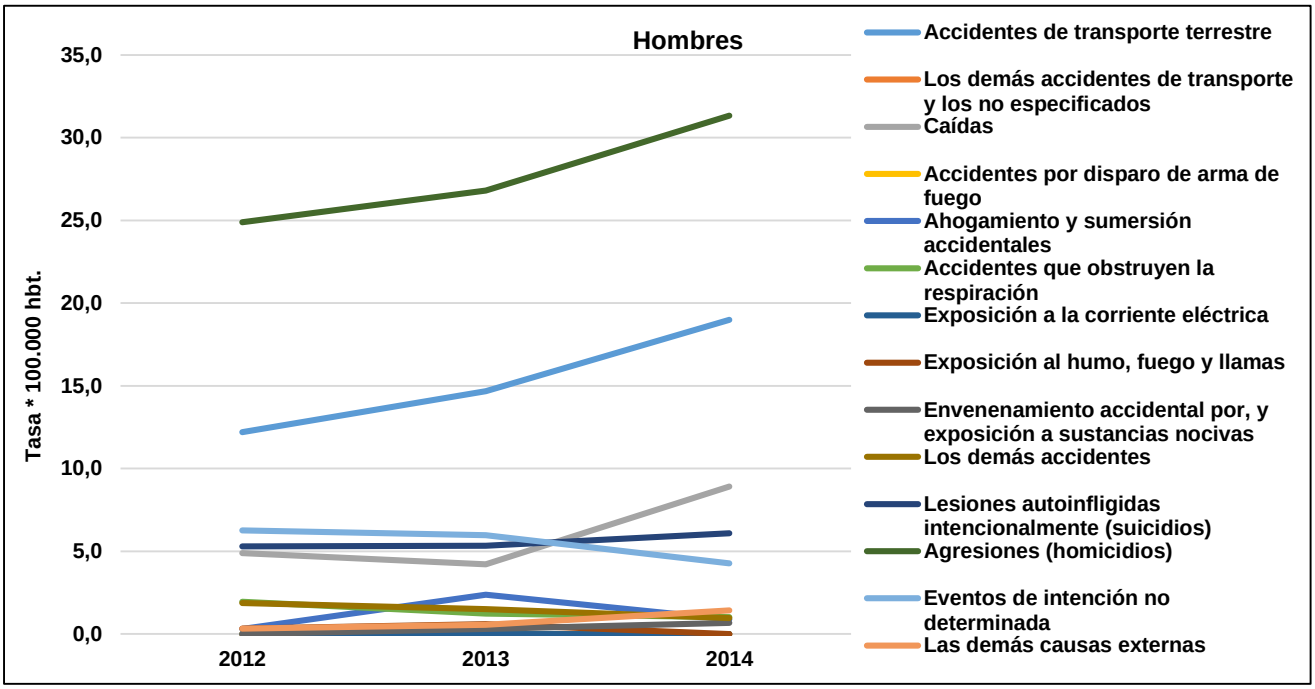
CAUSAS EXTERNAS	BOSA	SUBRED SUR OCCIDENTE
Accidentes de transporte terrestre	12,4	10,3
Los demás accidentes de transporte y los no específicos	0,0	0,2
Caídas	5,1	3,7
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,0	0,0
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,4	0,3
Accidentes que obstruyen la respiración	0,5	0,4
Exposición a la corriente eléctrica	0,0	0,2
Exposición al humo, fuego y llamas	0,0	0,0
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,3	0,1
Los demás accidentes	0,4	0,7
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	3,3	3,2
Agresiones (homicidios)	16,6	9,4
Evento de intención no determinada	2,4	3,2
Las demás causas externas	0,6	0,4

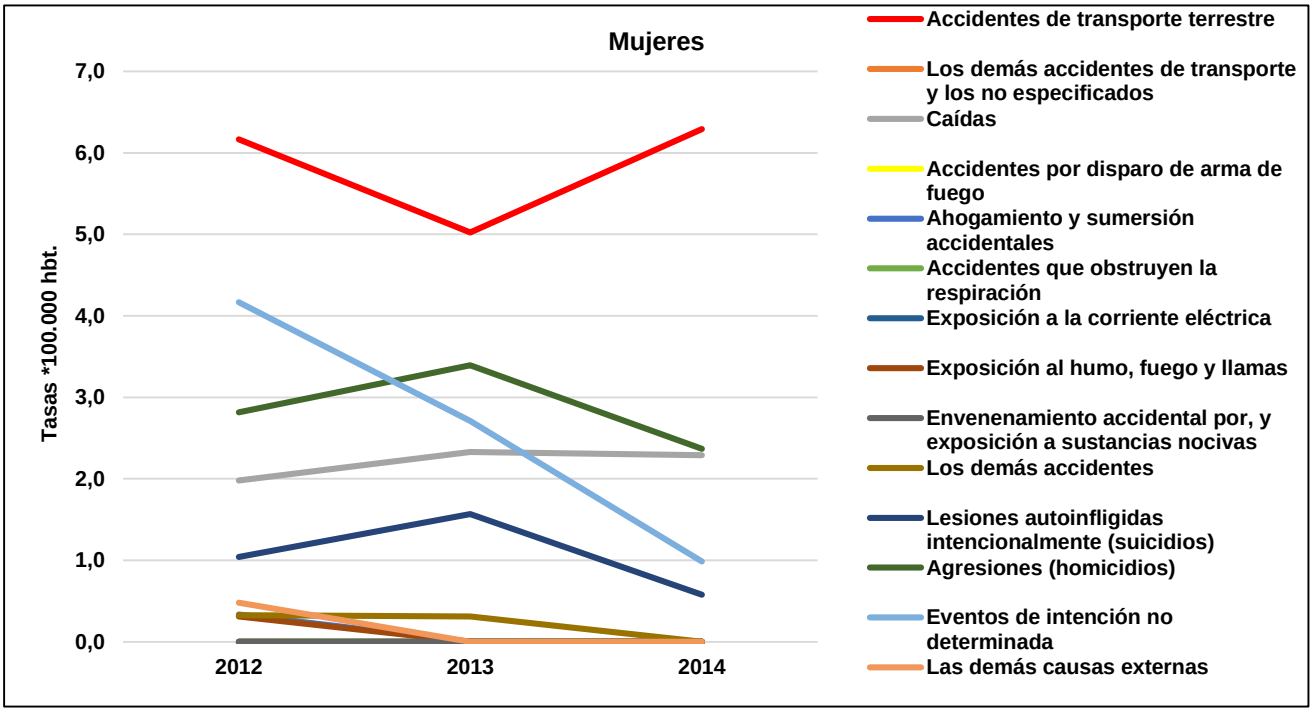
Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Al analizar los datos de las causas externas los siguientes subgrupos solo presentan defunciones en hombres: ahogamiento y sumersión accidentales en curso de vida juventud y adultez; accidentes que obstruyen la respiración en los momentos de curso de vida infancia,

adultez y vejez; envenenamiento accidental y exposición a sustancias nocivas en la adultez y los demás accidentes en primera infancia y vejez.

Gráfica 23. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo para subgrupos de causas externas, localidad de Bosa, 2012 – 2014





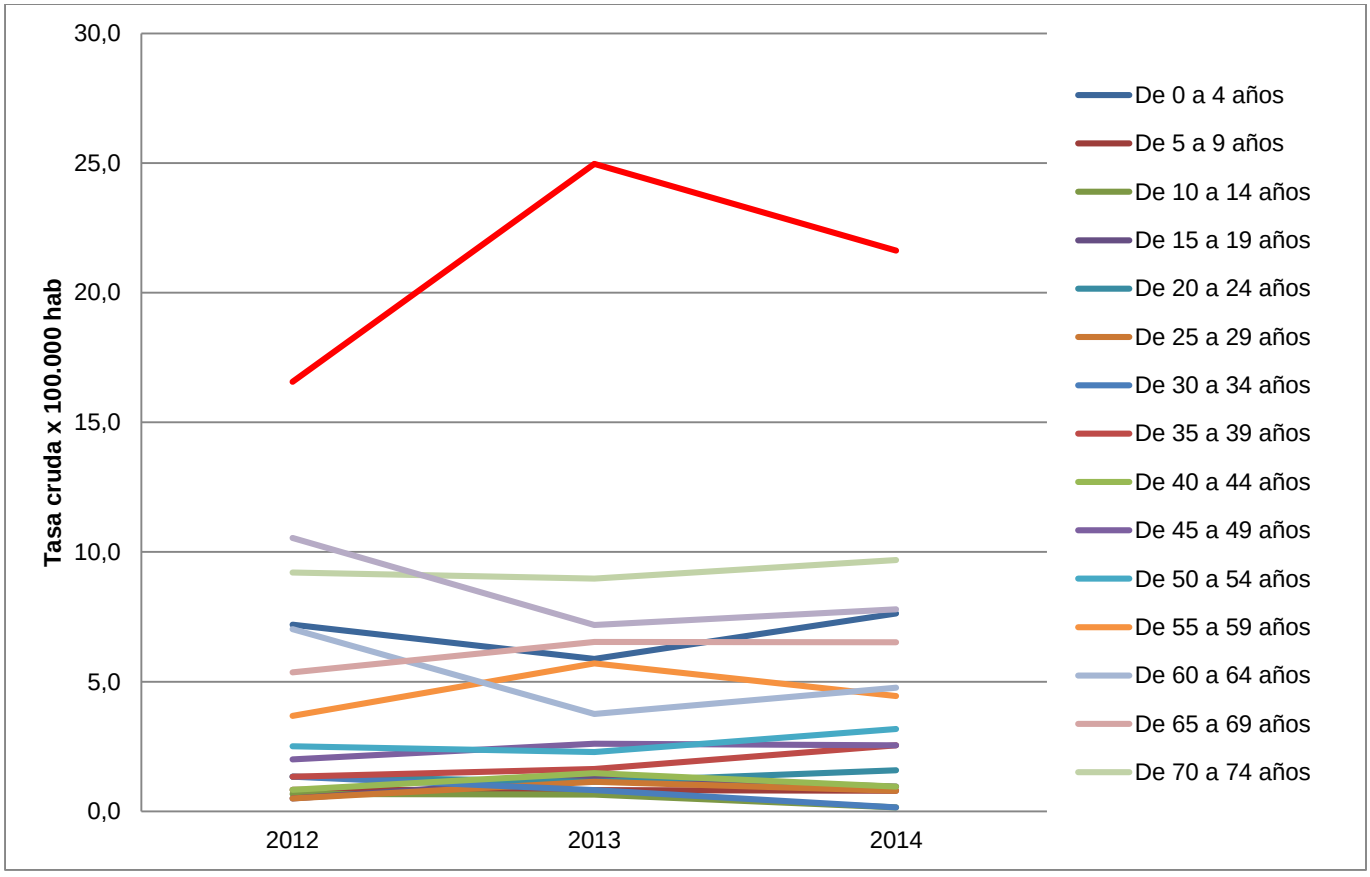
Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

En las lesiones de causa externa las mortalidades se presentaron los siguientes cursos de vida: adolescencia y juventud Accidentes de transporte terrestre en el trascurso de la vida con tasa de mortalidad mayor en hombres (19,0), Agresiones (homicidios); Caídas en adultez y vejez y lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) en juventud y adultez.

Las demás causas

Las demás causas de mortalidad constituyen un grupo incluyente para los códigos no clasificados en otros grupos (Diabetes Mellitus, Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado, Enfermedades del sistema urinario, entre otras), para el año 2014 la tasa de mortalidad (121,4) disminuyó 31,9 puntos con respecto al año 2012 (120,5).

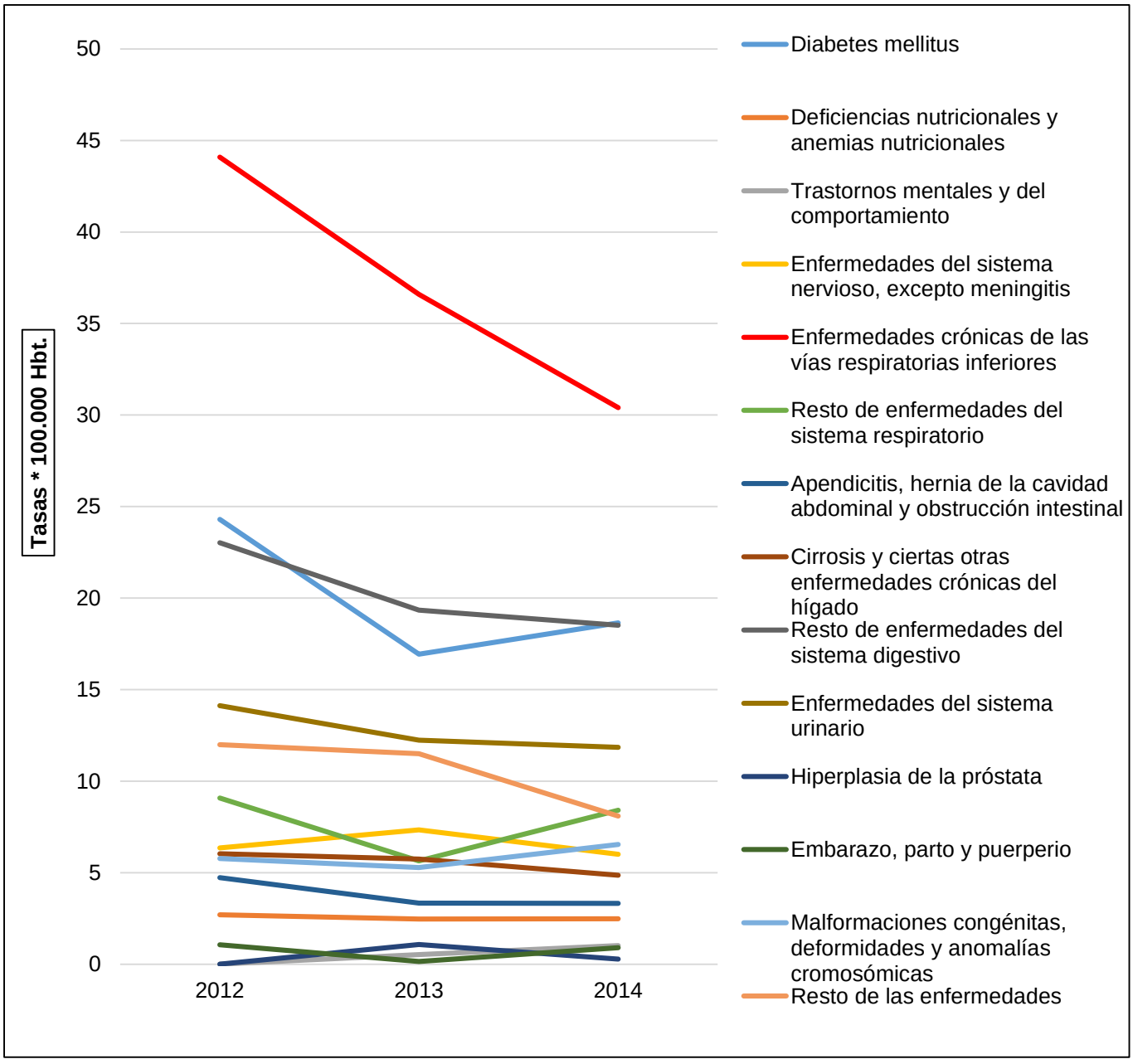
Gráfica 24. Tasas crudas por las demás causas y por quinquenios, localidad de Bosa. 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Los subgrupos de causas con tasas más altas en el 2014, son el de enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con una tasa de 30,4 muertes por cada 100.000 habitantes siendo la primera causa de muerte de este subgrupo, seguido de la Diabetes mellitus con una tasa ajustada de 18,6 y resto de enfermedades del sistema digestivo con una tasa ajustada de 18,5.

Gráfica 25. Mortalidad subgrupo Demás causas. Bosa, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

En este grupo se encuentran 8 patologías con tasas de mortalidad locales por encima de las ajustadas para la Subred Sur Occidente, en donde se destacan las enfermedades crónicas de las vías respiratorias que corresponden al 21,3 % de las defunciones registradas, seguida de la Diabetes mellitus con el 14,4 % y resto de enfermedades del sistema digestivo con el 14,2 %.

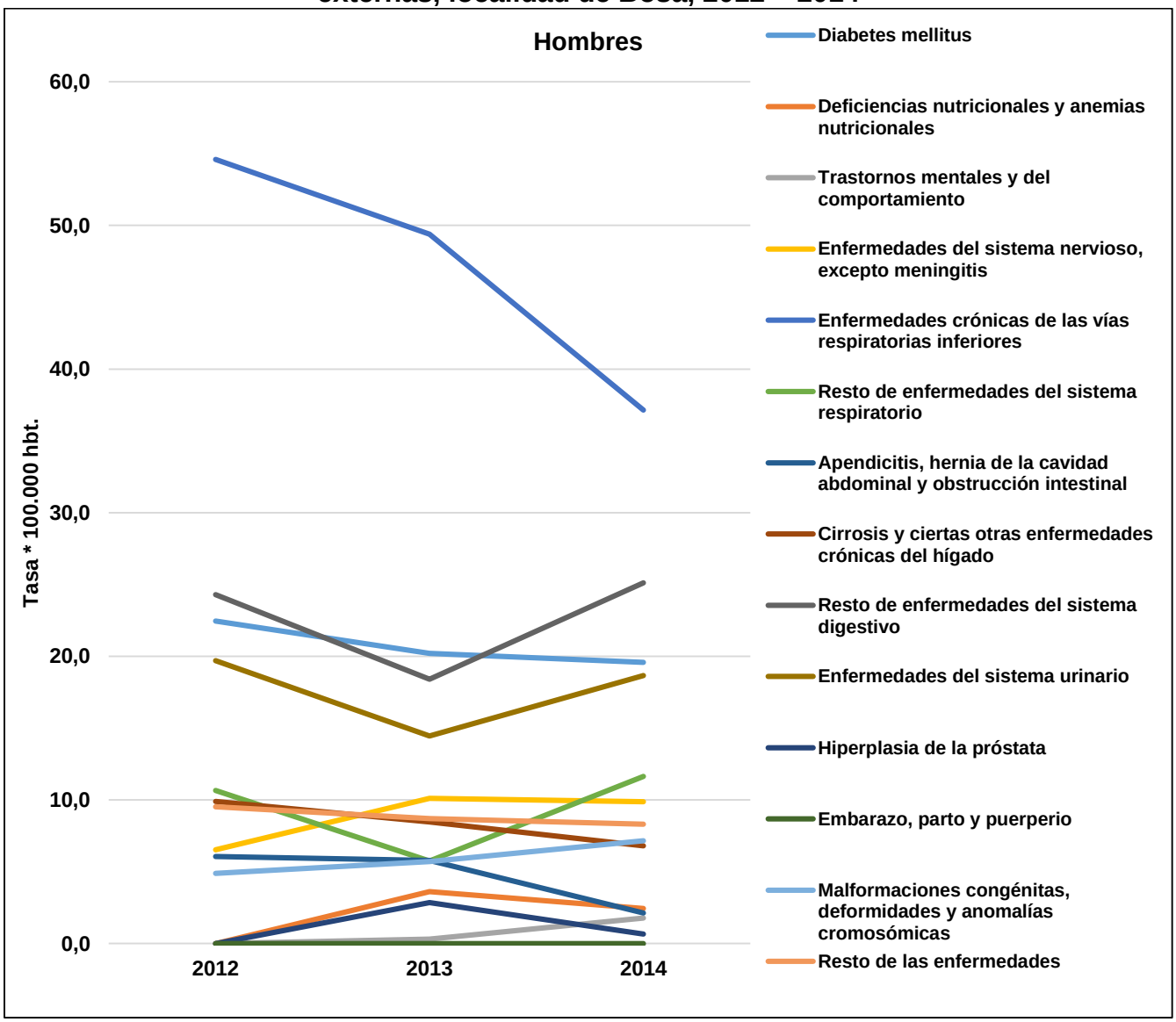
Tabla 22. Tasas ajustadas de mortalidad por las demás causas localidad de Bosa. Subred Sur Occidente, 2014

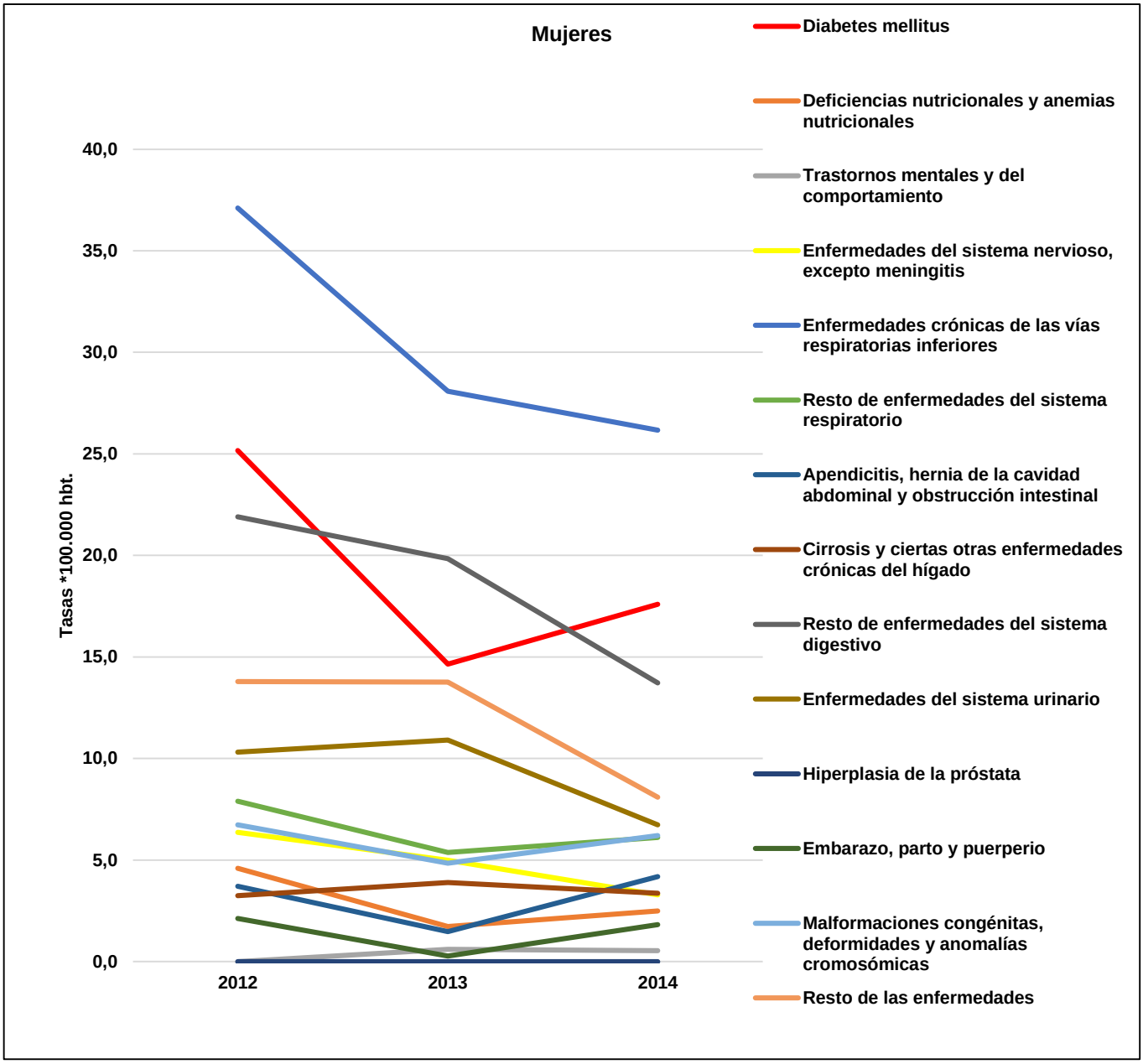
Demás causas	Bosa	Subred Sur Occidente
Diabetes mellitus	18,6	13,8
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	2,5	1,3
Trastornos mentales y del comportamiento	1,0	1,4
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	6,0	5,9
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	30,4	29,4
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	8,4	7,1
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	3,3	3,7
Cirrosis ciertas otras crónicas del hígado	4,9	4,6
Resto de enfermedades del sistema digestivo	18,5	15,5
Enfermedades del sistema urinario	11,8	12,2
Hiperplasia de la próstata	0,3	0,5
Embarazo, parto y puerperio	0,9	0,6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6,5	5,6
Resto de las enfermedades	8,1	9,5

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016). *Tasas ajustadas.

Los momentos del curso de vida con más afectación en este grupo, fueron adultez y vejez, siendo más atenuado el último relacionado para las causas de muerte: Diabetes Mellitus, resto de enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema urinario y resto de enfermedades del sistema digestivo; solamente vejez se vio afectada por las deficiencias y anemias nutricionales, y trastornos mentales y del comportamiento. Para lo momentos del curso vital adolescencia, juventud, adultez y vejez se presentaron mortalidades por enfermedades del sistema nervioso, excepto la meningitis.

Gráfica 26. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo para subgrupos de causas externas, localidad de Bosa, 2012 – 2014





Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

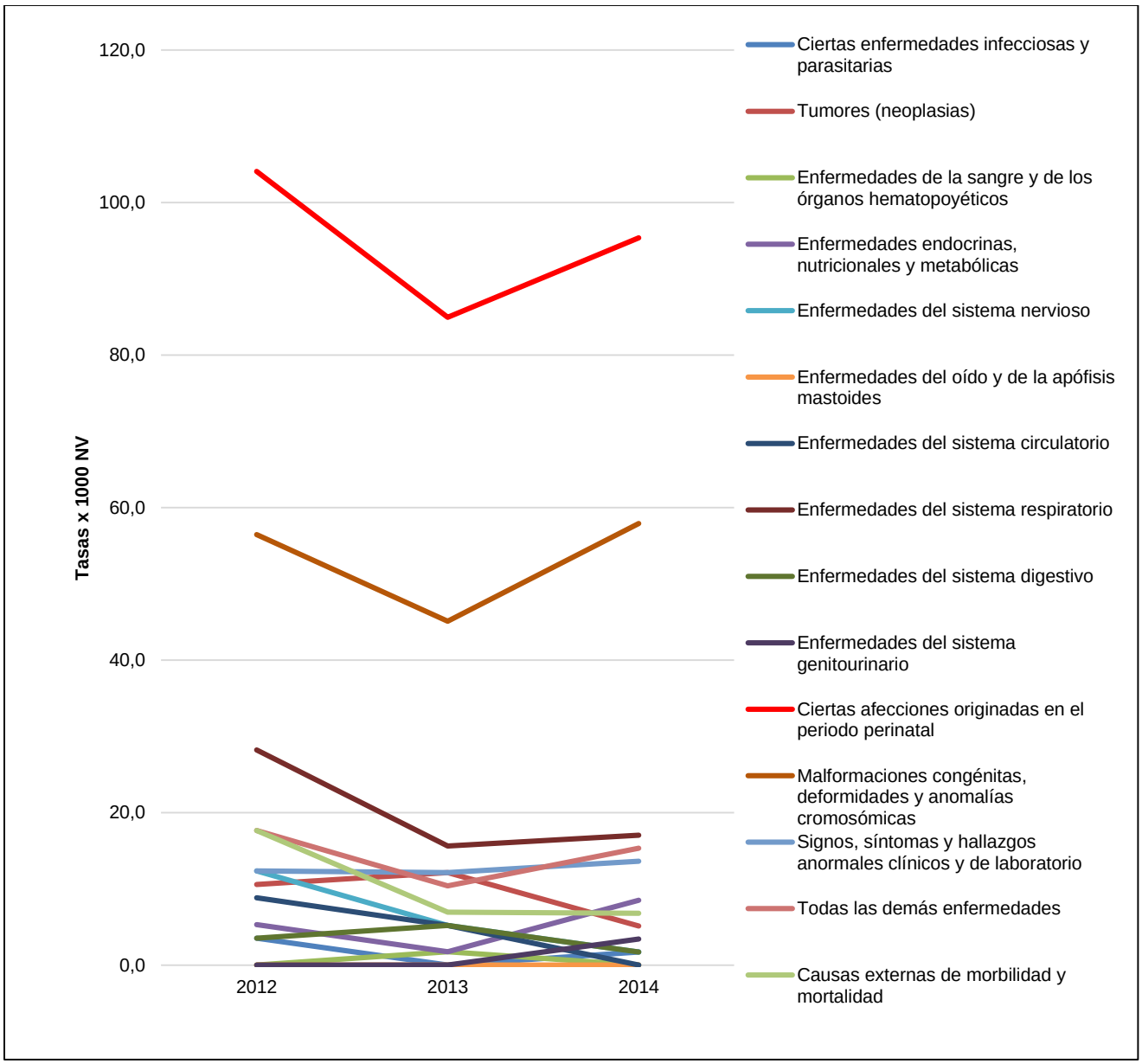
3.1.3. Mortalidad Infantil y en la Niñez

Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil representa a los fallecimientos de niños y niñas menores de 1 años de vida, para la localidad de Bosa entre el 2012 y 2014, se evidencia una disminución de esa mortalidad, pasando de una tasa de 12,2 a una de 11,5 muertes por mil nacidos vivos. En

cuanto a las causas de mortalidad, durante el período se ha mantenido como primera causa las afecciones originadas en el período perinatal, aunque se observa una disminución de la tasa. En segundo lugar, se encuentran las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que, por el contrario, no han presentado cambios en el comportamiento de la tasa. Al comparar este comportamiento con la Subred se evidencia la misma distribución con magnitudes inferiores.

Gráfica 27. Mortalidad infantil por subgrupo de causas, Bosa, 2012-2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014 (finales 2013), julio 30 de 2015. (finales 2014); junio 30 de 2016).

En cuanto a la distribución de la mortalidad por sexo, a nivel general las tasas en los hombres son más altas que en las mujeres. Para las afecciones perinatales en los hombres esta causa tiene tendencia a aumentar, mientras que en la mujer se mantiene; en las malformaciones congénitas el comportamiento tiende al aumento y las enfermedades respiratorias en ambos sexos tienen una tendencia descendente.

Tabla 23. Mortalidad infantil por subgrupo de causas y sexo, Bosa, 2012-2014

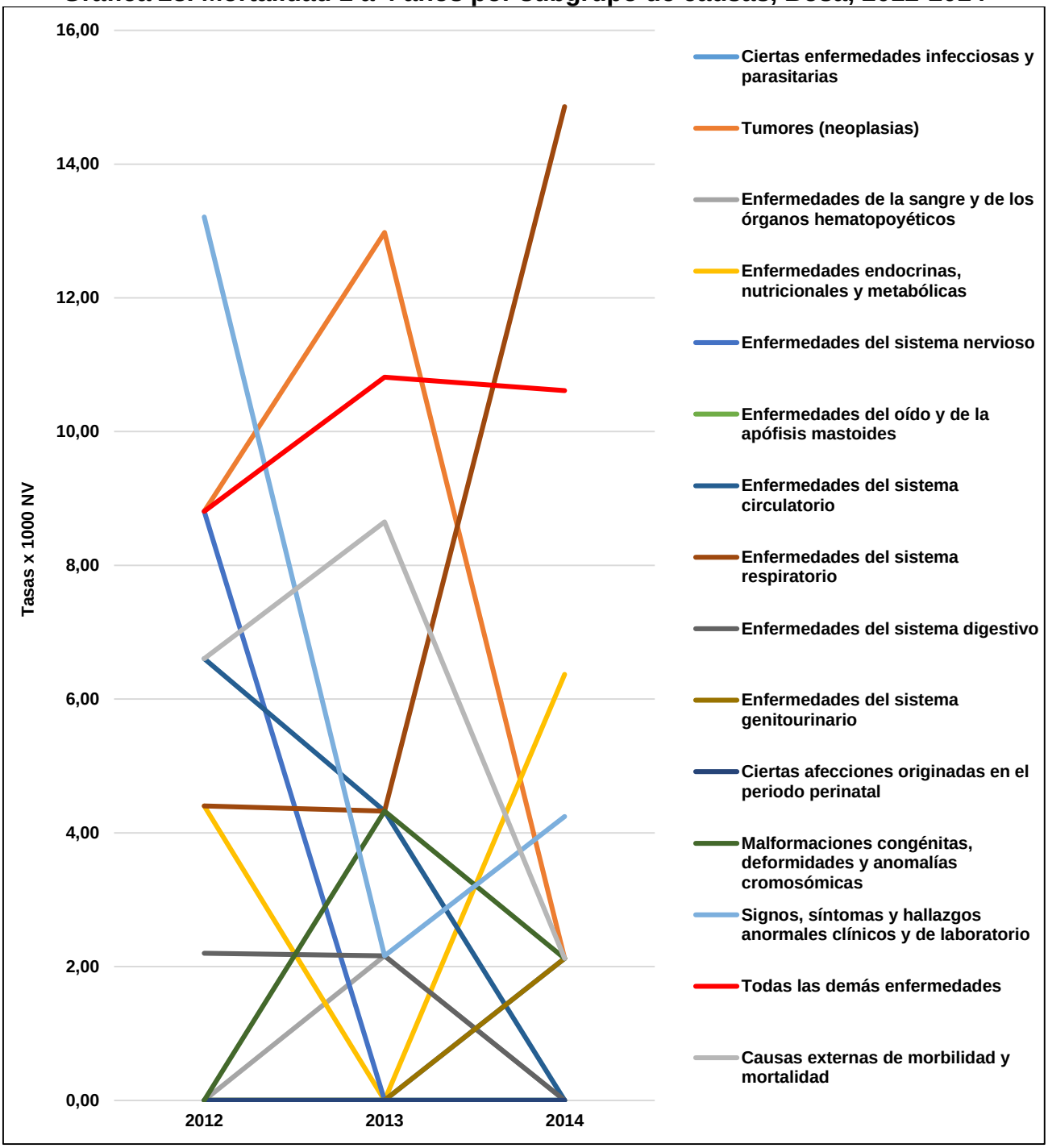
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,38	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	0,10
Tumores (neoplasias)	0,19	0,00	0,20	0,20	0,20	0,21	0,19	0,10	0,20
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,19	0,00	0,00	0,00	0,20	0,41	0,10	0,10	0,20
Enfermedades del sistema nervioso	0,19	0,00	0,00	0,39	0,60	0,00	0,29	0,30	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,19	0,00	0,39	0,00	0,00	0,19	0,10	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	1,70	0,78	0,59	0,98	0,60	0,00	1,35	0,69	0,30
Enfermedades del sistema digestivo	0,19	0,19	0,20	0,00	0,20	0,00	0,10	0,20	0,10
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,25	6,21	7,33	5,09	3,43	3,93	5,68	4,85	5,66
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,65	2,72	3,37	3,52	2,02	3,31	3,08	2,37	3,34
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,19	0,58	0,79	0,00	0,60	0,41	0,10	0,59	0,61
Todas las demás enfermedades	0,57	0,00	0,20	0,59	0,20	0,62	0,58	0,10	0,40
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,19	0,00	0,20	1,17	0,00	0,41	0,67	0,00	0,30

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: PublicaciónDANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Mortalidad de 1 a 4 años

El comportamiento de la tasa de mortalidad en la niñez de 1 a 4 años entre los subgrupos de causa es variado, sin embargo, para el año 2014 las enfermedades respiratorias y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas presentaron un aumento de 10, 5 y 6,4 puntos ostensible; en contraposición, las neoplasias presentaron una reducción de 10,9 puntos en el mismo año.

Gráfica 28. Mortalidad 1 a 4 años por subgrupo de causas, Bosa, 2012-2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

El comportamiento por sexo evidencia en la mayoría de causas tasas más altas en los hombres, para ellos la primera causa de muerte fueron las enfermedades del sistema

respiratorio, lo que podría ser prevenible; las neoplasias y enfermedades del sistema nervioso tuvieron un comportamiento descendente para ambos sexos.

Tabla 24. Mortalidad 1 a 4 años por subgrupo de causas y sexo, Bosa 2012-2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	Y	25,28	0,00	9,05	0,00	4,36	8,81	12,98	2,12
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	4,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,16	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,29	0,00	4,13	4,53	0,00	8,73	4,40	0,00	6,37
Enfermedades del sistema nervioso	12,86	0,00	0,00	4,53	0,00	4,36	8,81	0,00	2,12
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	8,57	4,21	0,00	4,53	4,45	0,00	6,61	4,33	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	4,29	4,21	28,94	4,53	4,45	0,00	4,40	4,33	14,86
Enfermedades del sistema digestivo	4,29	4,21	0,00	0,00	0,00	0,00	2,20	2,16	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	4,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,12
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	4,21	0,00	0,00	4,45	4,36	0,00	4,33	2,12
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	8,57	4,21	8,27	18,11	0,00	0,00	13,21	2,16	4,25
Todas las demás enfermedades	8,57	8,43	8,27	9,05	13,34	13,09	8,81	10,81	10,62
Causas externas de morbilidad y mortalidad	12,86	8,43	4,13	0,00	8,89	0,00	6,61	8,65	2,12

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

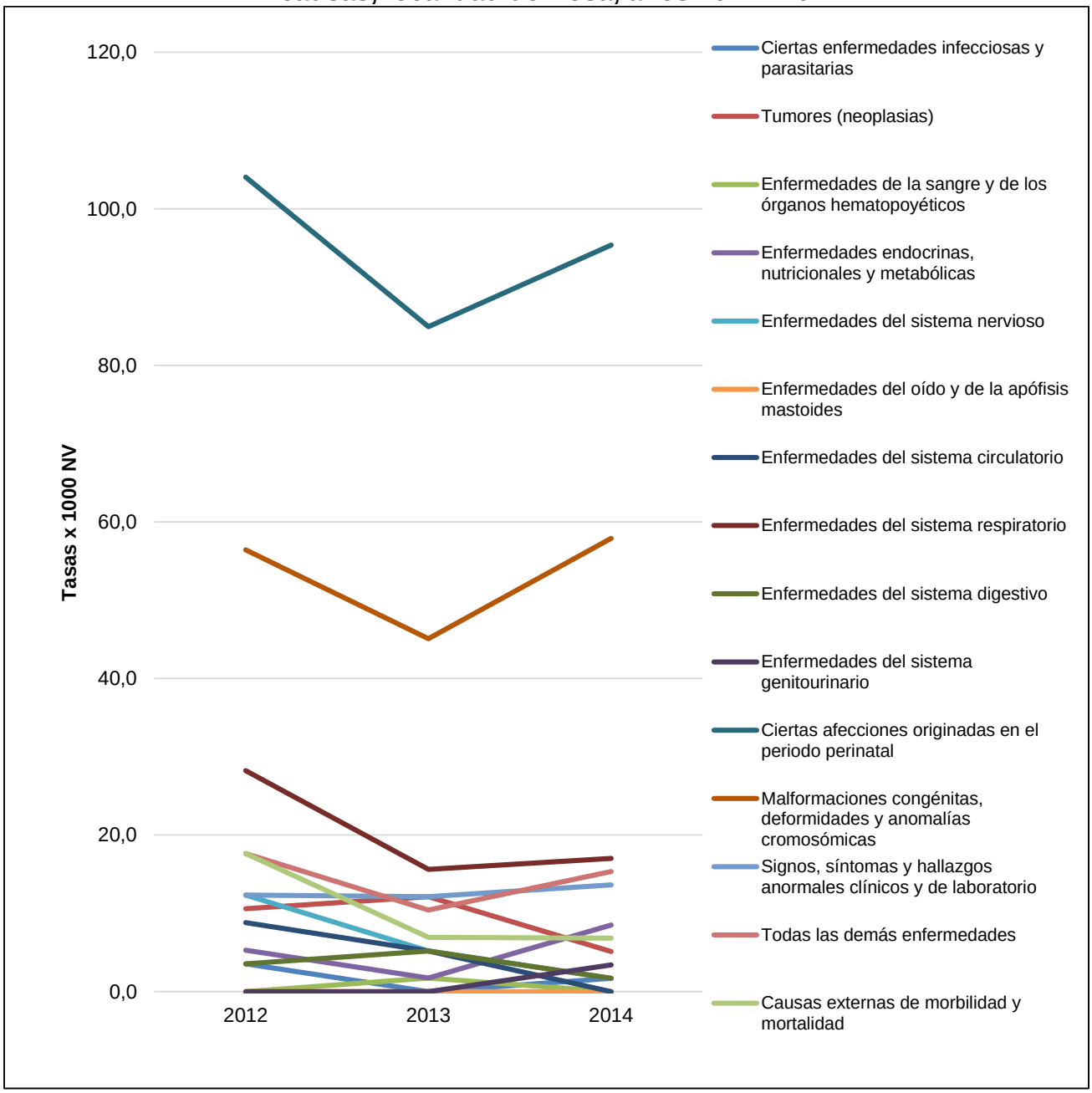
Mortalidad en Menores de 5 años

La tasa de mortalidad en los niños menores de 5 años muestra una tendencia oscilante, en el año 2012 esta fue de 280,5 por 100.000 nacidos vivos, para el año 2013 bajo a 206,3 y en 2014 aumento a 228,2. Las afecciones originadas en el periodo perinatal son las causas con mayor peso para el periodo analizado, seguido de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Para el año 2014, la tasa más alta es para las afecciones originadas en el periodo perinatal (95,4), seguida de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

(57,9) y todas las demás enfermedades (15,3). Las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y del sistema circulatorio para el año 2014 llegaron a 0 casos.

Gráfica 29. Mortalidad niños y niñas menores de 5 años por grandes grupos de causas, localidad de Bosa, años 2012 - 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

En el año 2014, las mortalidades se presentaron principalmente en niños, teniendo como causas principales enfermedades del sistema respiratorio y neoplasias, en las niñas la mayor proporción fue por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.

Tabla 25. Proporción número de muertes menores de 5 años, por grandes grupos de causa, localidad de Bosa, años 2012 - 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	2012	2103	2014	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6,87	0,00	3,32	0,00	0,00	0,00	3,53	0,00	1,70
Tumores (neoplasias)	10,30	20,26	3,32	10,88	3,56	7,00	10,58	12,14	5,11
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	3,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,73	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6,87	0,00	3,32	3,63	3,56	14,00	5,29	1,73	8,51
Enfermedades del sistema nervioso	13,74	0,00	0,00	10,88	10,69	3,50	12,35	5,20	1,70
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	6,87	6,75	0,00	10,88	3,56	0,00	8,82	5,20	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	34,34	16,89	33,17	21,76	14,26	0,00	28,22	15,61	17,03
Enfermedades del sistema digestivo	6,87	6,75	3,32	0,00	3,56	0,00	3,53	5,20	1,70
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	6,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,41
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	113,33	108,06	122,72	94,30	60,58	66,51	104,07	84,96	95,37
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	48,08	50,66	56,38	65,28	39,20	59,51	56,45	45,08	57,90
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	10,30	13,51	19,90	14,51	10,69	7,00	12,35	12,14	13,62
Todas las demás enfermedades	17,17	6,75	9,95	18,13	14,26	21,00	17,64	10,40	15,33
Causas externas de morbilidad y mortalidad	13,74	6,75	6,63	21,76	7,13	7,00	17,64	6,94	6,81

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

3.1.4. Mortalidad Materno- Infantil y en la Niñez

Con respecto a los indicadores de mortalidad materno, infantil y de la niñez; se resalta la mortalidad materna (40,1) que presenta una diferencia de 10,3 puntos porcentuales por encima del distrito y frente a la Subred 9,3.

Tabla 26. Tasas de mortalidad materno infantil y de la niñez. 2014

Causa de muerte	Bogotà	Bosa	Subred Sur Occidente
Razón de mortalidad materna	29,0	40,1	30,8
Tasa de mortalidad perinatal	12,8	12,2	13,4
Tasa de mortalidad infantil	10,0	11,0	9,3
Tasa de mortalidad en la niñez	11,6	20,9	18,7
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	5,0	6,8	5,8
Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años	6,5	10.2	3,7
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,8	0,0	0,5
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,3	0,2	1,1

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Las tasas de Mortalidad materna, mortalidad en la niñez, mortalidad infantil y de la niñez, mortalidad por IRA y neumonía en menores de 5 años locales, estaban por encima de las de Subred y el distrito.

Al analizar el comportamiento entre los años 2012 al 2014, se observa que el indicador más crítico es la mortalidad materna, el comportamiento de los indicadores en 2012 fue ascendente, sin embargo, en el 2013 todos disminuyeron.

Tabla 27. Resultado Indicadores Salud materno infantil Semaforización ASIS. Bosa. 2014

Causa de muerte	Tasa Bogotá	BOSA	Comportamiento		
			2012	2013	2014
Razón de mortalidad materna	29,9	28,8	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad perinatal	12,8	12,7	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	10,0	7,4	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	11,6	14,2	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	5,0	3,3	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años	6,5	12,2	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,8	0,0	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,8	0,0	↗	↘	↗

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE. Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016.

3.2. MORBILIDAD

3.2.1. Morbilidad General Atendida

Para el desarrollo de este ítem se utilizaron tres fuentes: los RIPS (Registros únicos de Prestación de Servicios), los cuales recopilan información individual sobre las atenciones realizadas en las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas por parte de los diferentes servicios de atención (urgencias, consulta externa y hospitalización); e información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública nacional y distrital donde se captura la notificación

de eventos de interés en salud pública, la cual es suministrada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD).

Morbilidad general y analisis de la prestacion de servicios

La información de morbilidad general tiene como fuente de información los RIPS, el alcance de esta información es solo para la Red Pública Distrital (Subredes de Servicios de Salud) Teniendo en cuenta la agrupación de mortalidad 6/67, se analizan las atenciones realizadas por tipo de servicio discriminado en los seis grandes grupos y por los subgrupos de causas donde se registraron atenciones. El presente análisis describe el año 2016 comparativo con el período 2012 – 2015.

En este sentido, para el año 2016 se realizaron 778.949 atenciones a 388.275 individuos en las IPS (Instituciones de Prestación de Servicios de Salud) de la localidad de Bosa, con un promedio de 1,8 atenciones por individuo. El 91,2 % de las atenciones se realizaron en consulta externa, el 7,8 % en urgencias y el 1,0 % fueron hospitalizaciones.

Para las consultas externas, la causa por la cual más se asistió al médico fue por todas las demás enfermedades con una concentración de atenciones por individuo de 2,2/año. En Hospitalizaciones todas las demás causas es la razón por la cual se requiere este servicio en el 64,6 % de los casos, con una concentración de hospitalizaciones por individuo de 1,6/año. Para las urgencias, al igual que en hospitalizaciones y consulta externa la causa que más demando el servicio fue la de todas las demás causas (61,1 %), la concentración de atenciones por individuo es de 2,1/año.

Tabla 28. Distribución de atenciones e individuos por tipo de atención y grupo de causas. Bosa. Año 2016

Tipo de atención	Grupo de causas	Atenciones		Individuos		Concentración
		No.	%	No.	%	
CONSULTAS	Afecciones originadas en periodo perinatal	597	0,1	281	0,1	2,1
	Cáncer	5.137	0,7	3.595	1,0	1,4
	Causa externas	19.545	2,8	14.465	4,1	1,4
	Enfermedades Cardiovasculares	71.316	10,0	36.643	10,4	1,9
	Enfermedades transmisibles	30.889	4,3	24.911	7,0	1,2
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	243.368	34,2	121.974	34,5	2,0
	Todas las demás enfermedades	339.870	47,8	152.083	43,0	2,2
	Total	**710.722**	**100,0**	**353.952**	**100,0**	**2,0**
HOSPITALIZACIONES	Afecciones originadas en periodo perinatal	139	2,2	87	2,2	1,6
	Cáncer	60	1,0	31	0,8	1,9
	Causa externas	7	0,1	7	0,2	1,0
	Enfermedades Cardiovasculares	288	4,7	186	4,8	1,5
	Enfermedades transmisibles	711	11,5	460	11,8	1,5
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	985	15,9	625	16,0	1,6
	Todas las demás enfermedades	3.991	64,6	2.514	64,3	1,6
	Total	**6.181**	**100,0**	**3.910**	**100,0**	**1,6**
URGENCIAS	Afecciones originadas en periodo perinatal	427	0,7	179	0,6	2,4
	Cáncer	107	0,2	55	0,2	1,9
	Causa externas	17	0,0	16	0,1	1,1
	Enfermedades Cardiovasculares	1.885	3,0	888	2,9	2,1
	Enfermedades transmisibles	7.834	12,6	4.109	13,5	1,9
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	13.895	22,4	7.246	23,8	1,9
	Todas las demás enfermedades	37.881	61,1	17.920	58,9	2,1
	Total	**62.046**	**100,0**	**30.413**	**100,0**	**2,0**

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017).

La distribución por sexo para el año 2016 en la localidad, Subred y Distrito, identificó que las mujeres predominan frente a los hombres, es de esta manera que para la localidad de Bosa las mujeres representan el 68,6 % del total de consultas, el 68,7 % en la Subred y el 61,9 % en Bogotá. Al analizar por grupos de causas el predominio sigue siendo de las mujeres para todas las causas, este comportamiento es igual en la Subred como en la Capital Distrital. Con respecto a la concentración de atenciones fueron similares entre hombres y mujeres siendo 2,0 y 2,2 respectivamente.

Al analizar por sexo, en los hombres el grupo de causas por la que más consultan son todas las demás enfermedades con el 14,5 %, seguido de síntomas, signos y afecciones mal definidas con el 10,8 % y enfermedades transmisibles con el 2,6 %. En las mujeres la distribución es la misma, exceptuando la última causa, para todas las demás enfermedades se les atribuye el 29,4 % de las consultas, para los síntomas, signos y afecciones mal definidas el 22,5 % y para la tercera causa de atención las enfermedades cardiovasculares con el 8,1 %.

Tabla 29. Distribución de individuos por grupo de causas y sexo. Bosa, Subred y Distrito. 2016

Grupo de causas	Hombres		Mujeres		Total	
	# Individuos		# Individuos		# Individuos	
	No.	%	No.	%	No.	%
BOSA						
Afecciones originadas en periodo perinatal	196	0,1	223	0,1	419	0,1
Cáncer	790	0,2	2.871	0,8	3.661	1,0
Causa externas	2.983	0,8	11.804	3,1	14.787	3,9
Enfermedades Cardiovasculares	8.980	2,3	30.924	8,1	39.904	10,4
Enfermedades transmisibles	10.139	2,6	18.287	4,8	28.426	7,4
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	41.426	10,8	86.194	22,5	127.620	33,3
Todas las demás enfermedades	55.494	14,5	112.369	29,4	167.863	43,9
Total	**120.008,0**	**31,4**	**262.672,0**	**68,6**	**382.680**	100,0

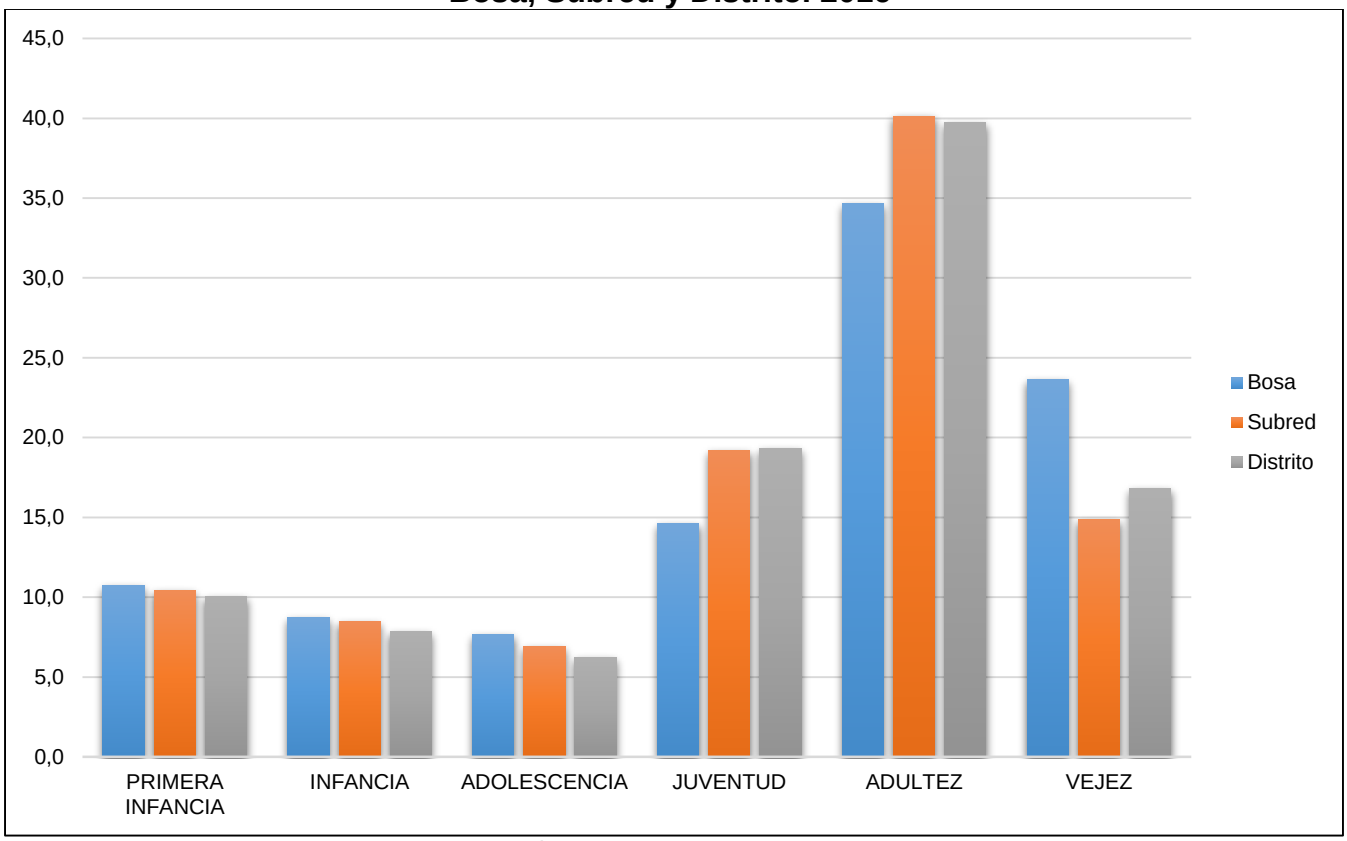
SUBRED						
Afecciones originadas en periodo perinatal	838	0,1	856	0,1	1.694	0,1
Cáncer	4.353	0,3	11.821	0,7	16.174	1,0
Causa externas	4.279	0,3	13.109	0,8	17.388	1,1
Enfermedades Cardiovasculares	35.172	2,2	76.896	4,7	112.068	6,9
Enfermedades transmisibles	85.960	5,3	105.598	6,5	191.558	11,8
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	167.265	10,3	303.002	18,6	470.267	28,8
Todas las demás enfermedades	323.888	19,9	497.236	30,5	821.124	50,4
Total	**621.755**	**38,1**	**1.008.518**	**61,9**	**1.630.273**	**100,0**
DISTRITO						
Afecciones originadas en periodo perinatal	5.949	0,1	5.512	0,1	11.461	0,2
Cáncer	36.945	0,5	87.307	1,2	124.252	1,7
Causa externas	27.083	0,4	56.765	0,8	83.848	1,2
Enfermedades Cardiovasculares	165.786	2,3	317.831	4,4	483.617	6,7
Enfermedades transmisibles	349.677	4,8	451.600	6,2	801.277	11,1
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	710.773	9,8	1.310.154	18,1	2.020.927	27,9
Todas las demás enfermedades	1.454.810	20,1	2.256.666	31,2	3.711.476	51,3
Total	**2.751.023**	**38,0**	**4.485.835**	**62,0**	**7.236.858**	**100,0**

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

Individuos atendidos por momento de curso de vida

Para el año 2016, el comportamiento de individuos por curso de vida, adultez es el de mayor proporción con un 34,7 % y concentra el 36,0 % de atenciones, conducta que se mantiene tanto para la Subred como en el Distrito con 40,1 % vs. 39,7 % respectivamente, siendo menor la proporción para la localidad, en su orden sigue vejez con el 23,6 % igual condición frente al curso de vida en relación a la Subred y el Distrito 14,8 % vs. 16,8 % respectivamente.

Gráfica 30. Proporción de individuos atendidos por momento del curso de vida. Bosa, Subred y Distrito. 2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

Primera Infancia: Desde los cursos de vida primera infancia aporta el 10,7 % del total de individuos y un 9,1 de las atenciones para el año 2016. Con respecto al grupo de causas, tanto para atenciones como individuos el de mayor prevalencia es síntomas, signos y afecciones mal definidas 48,1 % y 43 % respectivamente, siguen todas las demás enfermedades por lo cual no permite identificar plenamente las causas de muerte, y en tercer lugar las enfermedades transmisibles, siguen el mismo orden Subred y el Distrito en la frecuencia de atenciones por causas.

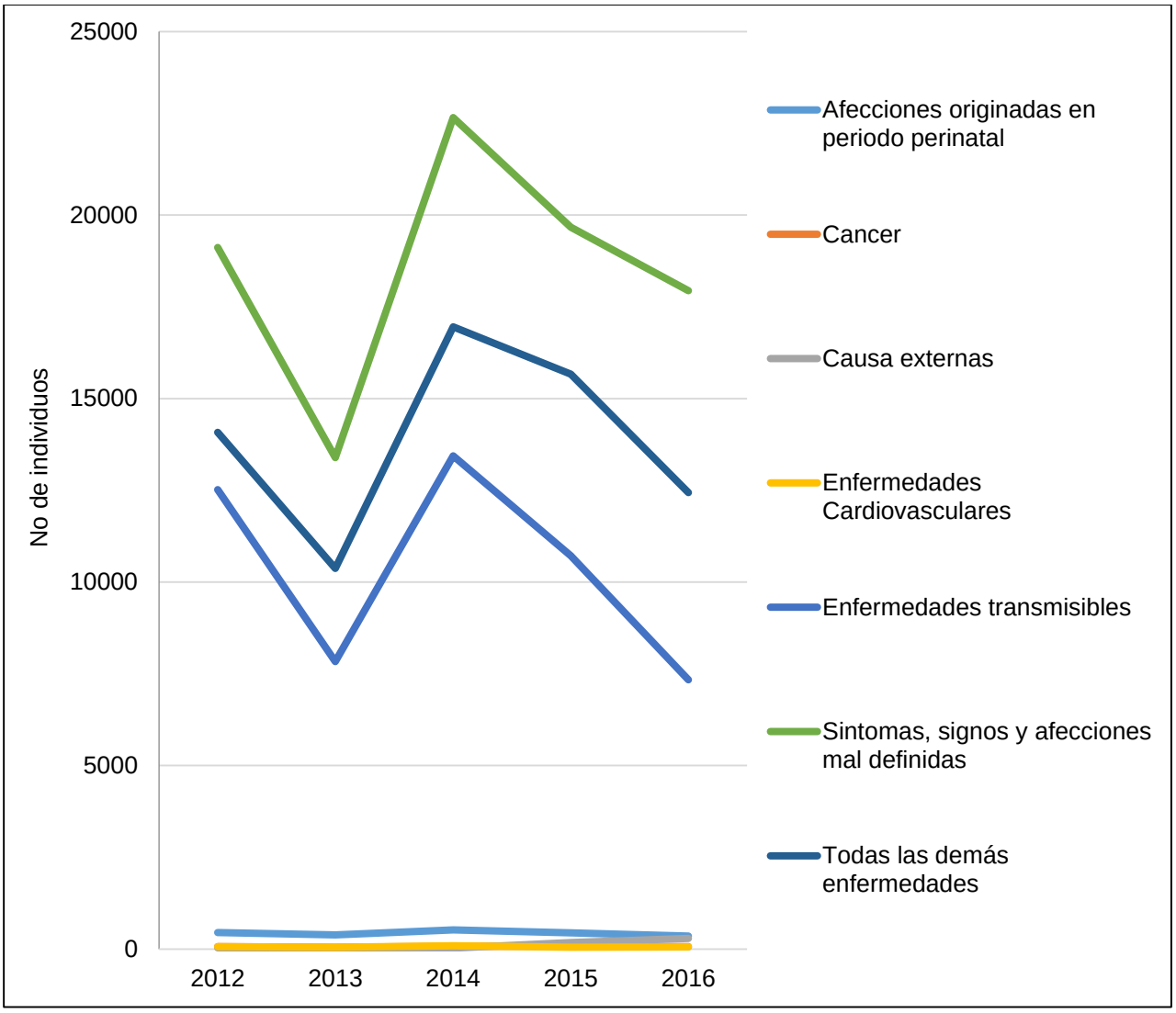
Tabla 30. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas. Primera infancia. Bosa, Subred y Distrito, 2016

Grupo de causas	Bosa				Subred				Distrito			
	Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	758	1,1	351	0,8	2.825	1,0	1.319	0,8	18.632	1,4	8.404	1,2
Cáncer	78	0,1	68	0,2	383	0,1	332	0,2	3.767	0,3	2.007	0,3
Causa externas	320	0,5	287	0,7	555	0,2	504	0,3	2.771	0,2	2.341	0,3
Enfermedades Cardiovasculares	64	0,1	53	0,1	270	0,1	216	0,1	2.370	0,2	1.631	0,2
Enfermedades transmisibles	**12.281**	17,4	**7.340**	17,6	53.378	18,9	36.596	21,6	267.077	20,3	161.856	22,3
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	33.900	48,1	17.940	43,0	133.577	47,3	74.280	43,8	568.595	43,2	294.153	40,6
Todas las demás enfermedades	23.118	32,8	15.665	37,6	91.531	32,4	56.478	33,3	453.442	34,4	254.528	35,1
Total	70.519	100,0	41.704	100,0	282.519	100,0	169.725	100,0	1.316.654	100,0	724.920	100,0

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017

La tendencia a partir de los años 2012 y 2016 en primera infancia ha venido en aumento en especial en el grupo de afecciones mal definidas, en segundo lugar, están todas las demás enfermedades y para el caso específico las causas externas presentaron aumento de 253 individuos en el 2016.

Gráfica 31. Individuos atendidos por grupo de causas. Primera infancia. Bosa. 2012-2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

Infancia: La Infancia contribuye el 7,3 % del total de individuos y el 8,7 % del total de atenciones. Al analizar por grupo de causa se tiene que síntomas, signos y afecciones mal definidas tanto para individuos como atenciones es el mayor porcentaje con el 44,1 % y 45,4 respectivamente, seguido de todas las demás enfermedades y las enfermedades transmisibles, mientras que a nivel de Subred y Distrito la primera causa son todas las enfermedades, seguido de síntomas, signos y afecciones mal definida.

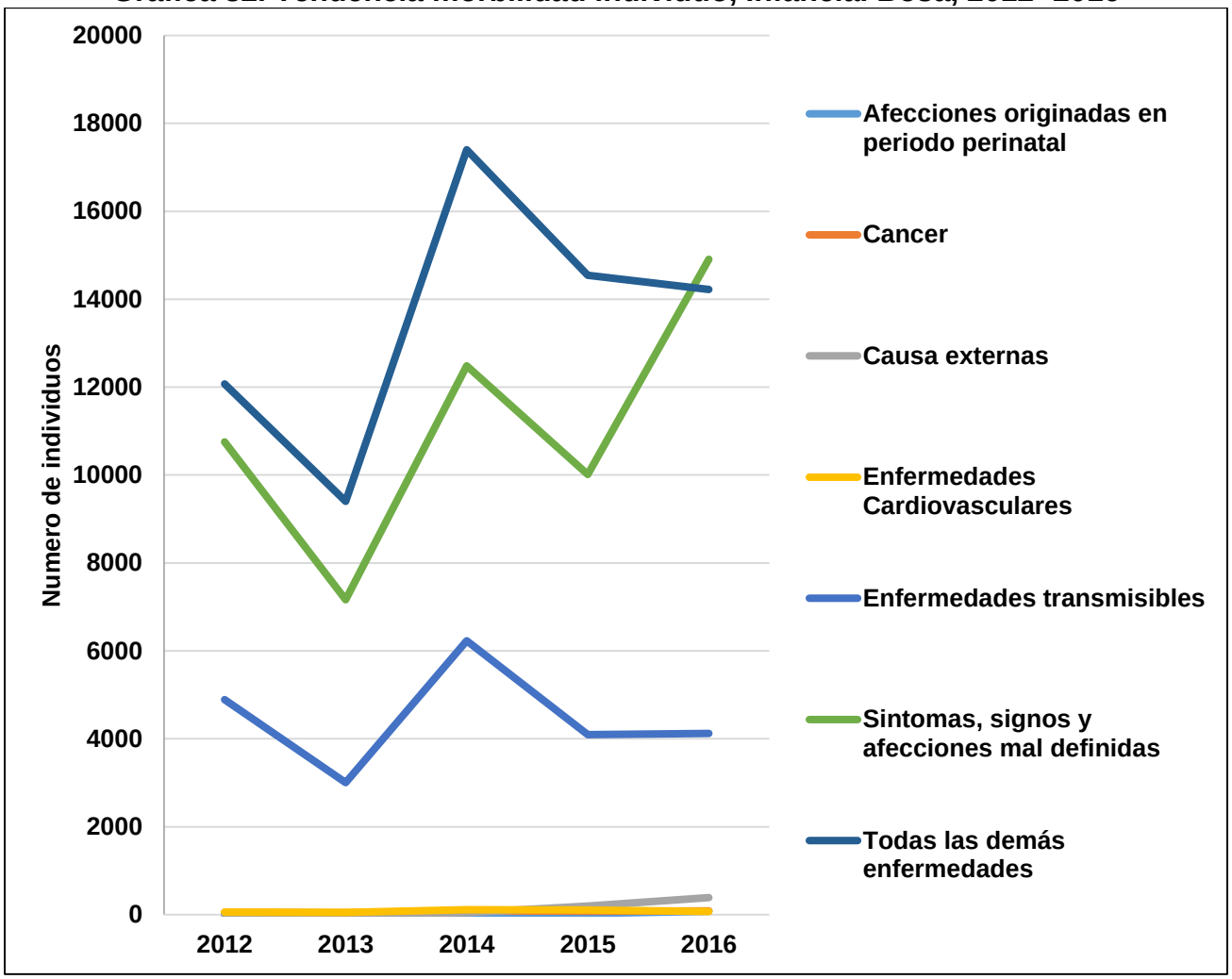
Tabla 31. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas. Infancia. Bosa, Subred y Distrito. 2016

Grupo de causas	Bosa				Subred				Distrito			
	Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	145	0,3	81	0,2	514	0,2	316	0,2	3.282	0,4	2.038	0,4
Cáncer	106	0,2	88	0,3	450	0,2	381	0,3	4.025	0,4	2.278	0,4
Causa externas	379	0,7	332	1,0	602	0,3	534	0,4	2.863	0,3	2.501	0,4
Enfermedades Cardiovasculares	87	0,2	71	0,2	440	0,2	362	0,3	2.964	0,3	2.299	0,4
Enfermedades transmisibles	5.584	9,9	4.120	12,2	26.967	13,0	21.846	15,9	121.230	13,1	88.834	15,6
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	25.661	45,4	14.911	44,1	76.236	36,9	49.238	35,8	318.849	34,5	196.163	34,5
Todas las demás enfermedades	24.552	43,4	14.233	42,1	101.549	49,1	64.942	47,2	470.110	50,9	274.213	48,2
Total	**56.514**	**100,0**	**33.836**	**100,0**	**206.758**	**100,0**	**137.619**	**100,0**	**923.323**	**100,0**	**568.326**	**100,0**

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

La tendencia a partir de los años 2012 y 2016 en infancia ha venido en aumento en especial en el grupo de afecciones mal definidas con un incremento de 4.153 individuos, seguido de todas las demás enfermedades al igual que transmisibles causando en los menores de 5 años riesgos a enfermar por dichas causas.

Gráfica 32. Tendencia morbilidad individuo, Infancia. Bosa, 2012 -2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

***Adolescencia*:** La Adolescencia aporta el 7,1 % (55.577) atenciones y 7,6 % (29.718) individuos para este curso de vida. Todas las demás enfermedades fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 45,7 % (25.405) de atenciones, para 13.852 individuos lo cual representa una razón de 1,8 atenciones por persona. En segundo lugar, signos y síntomas mal definidos con el 48,3 % (26.845) de las atenciones, para un total de 13.190 personas atendidas por esta causa, y una razón de 2,0 atenciones por persona. Siguen el mismo orden Subred y el Distrito en la frecuencia de atenciones por causas.

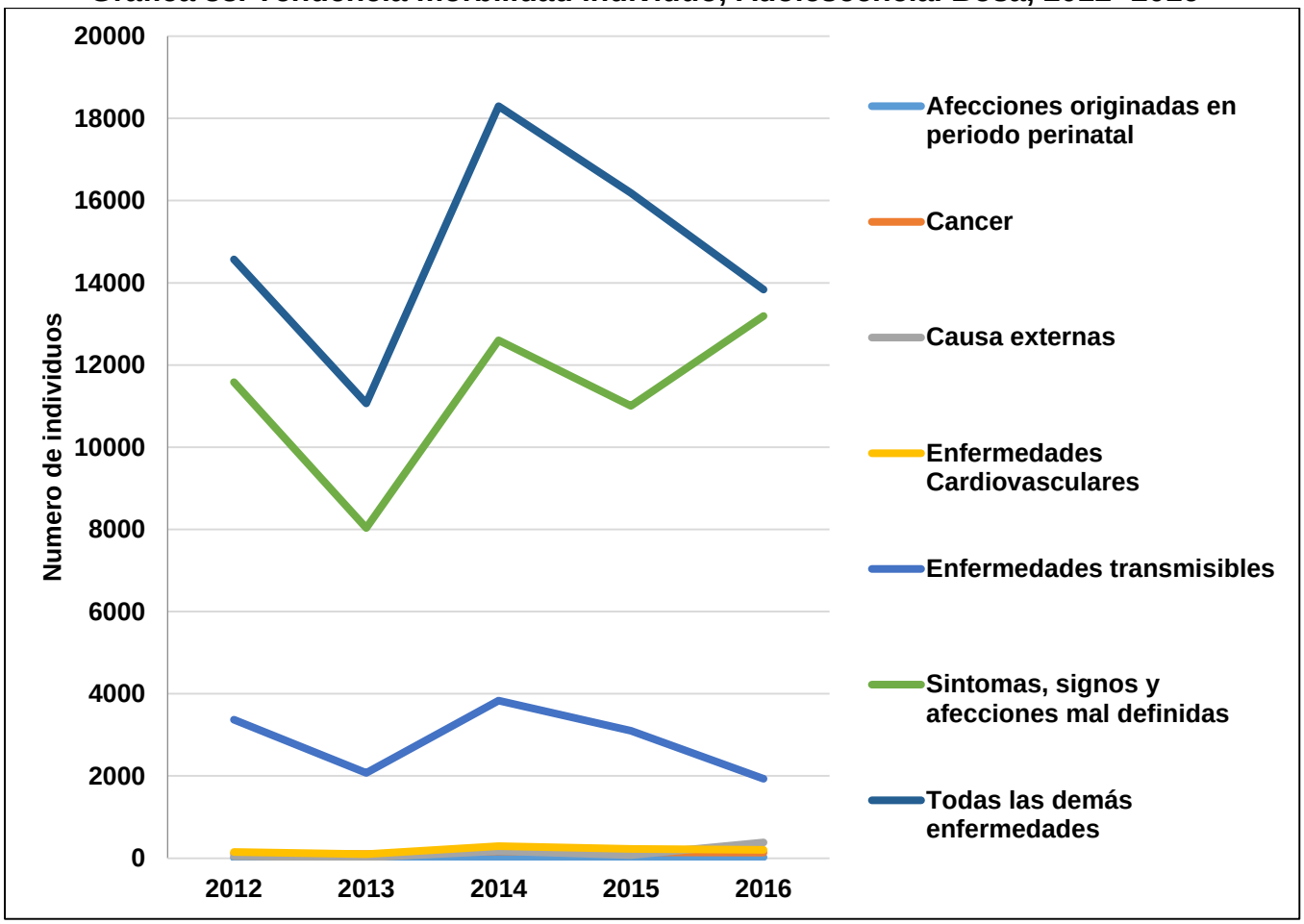
Tabla 32. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas. Adolescencia. Bosa, Subred y Distrito. 2016

Grupo de causas	Bosa				Subred				Distrito			
	Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	64	0,1	27	0,1	143	0,1	87	0,1	1.147	0,2	681	0,2
Cáncer	212	0,4	133	0,4	756	0,4	559	0,5	5.903	0,8	3.258	0,7
Causa externas	452	0,8	385	1,3	674	0,4	584	0,5	3.787	0,5	3.227	0,7
Enfermedades Cardiovasculares	300	0,5	200	0,7	860	0,5	685	0,6	4.251	0,6	3.106	0,7
Enfermedades transmisibles	2.299	4,1	1.931	6,5	11.845	6,5	10.377	9,2	52.616	7,0	42.052	9,4
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	26.845	48,3	13.190	44,4	67.723	37,4	39.506	35,1	254.144	33,8	148.831	33,1
Todas las demás enfermedades	25.405	45,7	13.852	46,6	99.027	54,7	60.830	54,0	429.603	57,2	247.992	55,2
Total	**55.577**	**100,0**	**29.718**	**100,0**	**181.028**	**100,0**	**112.628**	**100,0**	**751.451**	**100,0**	**449.147**	**100,0**

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

Con respecto a la tendencia se presentó un aumento de 11.420 individuos para 2016 con respecto a 2012. Al igual que en los ciclos de vida anteriores, en primer lugar, se ubican todas las demás enfermedades, con el 47,3 %, para 26.859 personas, seguido de síntomas, signos y afecciones mal definidas con el 42,6 % para 24208 individuos.

Gráfica 33. Tendencia morbilidad individuo, Adolescencia. Bosa, 2012 -2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

***Juventud*:** La Juventud aporta el 15,6 % correspondiéndoles 11.386 atenciones y 14,6 % a 56.799 individuos para este curso de vida. Frente a las causas de muerte todas las demás enfermedades fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 44,6 % (54.106) de atenciones, para 26.892 individuos lo cual representa una razón de 2,0 atenciones por persona. En segundo lugar, Las enfermedades síntomas, signos y afecciones mal definidas con el 49,5 % (60.033) de las atenciones, para un total de 24.208 personas atendidas por esta causa, y una razón de 2,5 atenciones por persona. Con relación a la Subred y el Distrito siguen el mismo orden en la frecuencia de atenciones por causas.

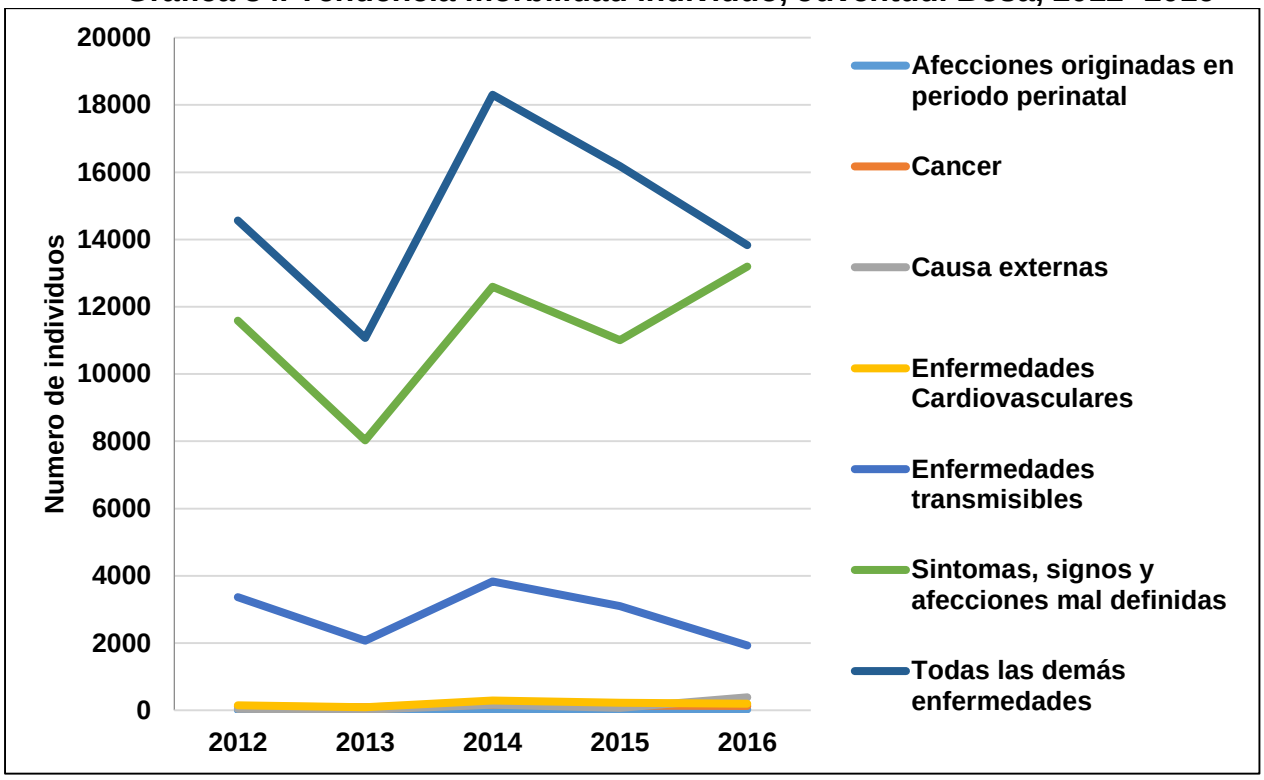
Tabla 33. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas. Juventud, Bosa, Subred y Distrito. 2016

Grupo de causas	Bosa				Subred				Distrito			
	Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	144	0,1	65	0,1	272	0,0	161	0,1	1.849	0,1	1.117	0,1
Cáncer	432	0,4	355	0,6	2.427	0,4	1.792	0,6	17.959	0,7	10.932	0,8
Causa externas	1.163	1,0	966	1,7	1.901	0,3	1.595	0,5	17.129	0,7	14.982	1,1
Enfermedades Cardiovasculares	927	0,8	601	1,1	4.272	0,8	3.042	1,0	22.949	0,9	16.308	1,2
Enfermedades transmisibles	4.563	3,8	3.712	6,5	56.026	10,1	43.213	13,8	248.963	10,0	177.920	12,8
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	60.033	49,5	24.208	42,6	208.690	37,5	101.604	32,6	900.279	36,2	460.222	33,0
Todas las demás enfermedades	54.106	44,6	26.892	47,3	282.745	50,8	160.602	51,5	1.279.940	51,4	713.244	51,1
Total	**121.368**	**100,0**	**56.799**	**100,0**	**556.333**	**100,0**	**312.009**	**100,0**	**2.489.068**	**100,0**	**1.394.725**	**100,0**

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

A partir de los años 2012 al 2016, la tendencia en los jóvenes ha venido aumentando, en un 5 % (11.420) individuos. Las causas a este aumento son: Síntomas, signos y afecciones mal definidas con un incremento del 3 % (4.056) individuos, seguido de todas las demás enfermedades y causas externas, lo anterior se relaciona al riesgo que tienen de padecer ciertas enfermedades y por ende aumentar la morbilidad para este grupo de edad principalmente en esta localidad.

Gráfica 34. Tendencia morbilidad individuo, Juventud. Bosa, 2012 -2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

***Adultez*:** La Adultez aporta el 36 % correspondiéndole 280.407 atenciones y 34,7 % a 134.700 individuos para este curso de vida. Todas las demás enfermedades fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 55,8 % (156.334) de atenciones, para 66.024 individuos lo cual representa una razón de 2,4 atenciones por persona. En segundo lugar, Las enfermedades síntomas, signos y afecciones mal definidas con el 30,4 % (85.303) de las atenciones, para un total de 42.653 personas atendidas por esta causa, y una razón de 1,9 atenciones por persona.

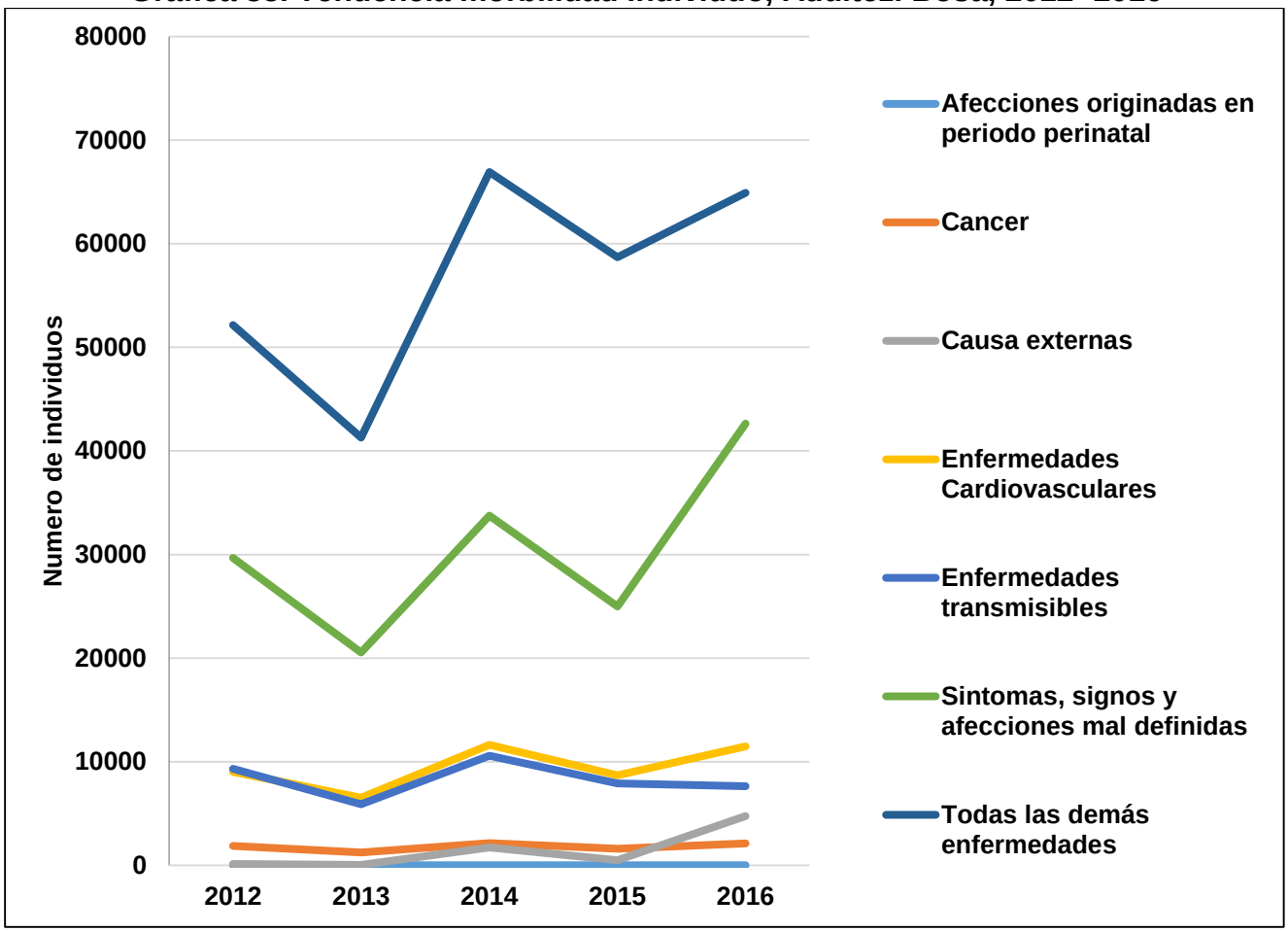
Tabla 34. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas. Adultez, Bosa, Subred y Distrito. 2016

Grupo de causas	Bosa				Subred				Distrito			
	Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	49	0,0	20	0,0	65	0,0	28	0,0	236	0,0	162	0,0
Cáncer	3.241	1,2	2.123	1,6	14.516	1,3	10.240	1,6	139.172	2,5	68.824	2,4
Causa externas	6.202	2,2	4.764	3,5	7.556	0,7	5.899	0,9	40.994	0,7	34.383	1,2
Enfermedades Cardiovasculares	19.826	7,1	11.468	8,5	78.163	6,8	43.127	6,6	328.356	6,0	179.070	6,2
Enfermedades transmisibles	9.452	3,4	7.648	5,7	86.401	7,5	68.832	10,5	403.080	7,3	275.845	9,6
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	85.303	30,4	42.653	31,7	286.396	24,8	167.393	25,6	1.319.951	24,0	729.554	25,4
Todas las demás enfermedades	156.334	55,8	66.024	49,0	682.857	59,1	357.174	54,7	3.277.167	59,5	1.579.060	55,1
Total	**280.407**	**100,0**	**134.700**	**100,0**	**1.155.954**	**100,0**	**652.693**	**100,0**	**5.508.956**	**100,0**	**2.866.898**	**100,0**

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

A partir de los años 2012 al 2016, la tendencia en la adultez ha venido aumentando, en un 6 % (31.442) individuos. Las causas a este aumento son: Todas las demás enfermedades Síntomas, signos y afecciones mal definidas con un incremento del 4 % (12.737) individuos, seguido de síntomas, signos y afecciones mal definidas y enfermedades Cardiovasculares. Lo anterior se relaciona al riesgo que tienen de padecer ciertas enfermedades y por ende aumentar la morbilidad para este grupo de edad principalmente en esta localidad.

Gráfica 35. Tendencia morbilidad individuo, Adultez. Bosa, 2012 -2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

***Vejez*:** La Vejez aporta el 25 % correspondiéndole 194.564 atenciones y 23,6 % a 91.872 individuos para este curso de vida. Las enfermedades síntomas, signos y afecciones mal definidas fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 50,5 % (98.227) de atenciones, para 36.668 individuos lo cual representa una razón de 2,7 atenciones por persona. En segundo lugar, todas las demás enfermedades con el 13,6 % (26.506) de las atenciones, para un total de 16.392 personas atendidas por esta causa, y una razón de 1,6 atenciones por persona.

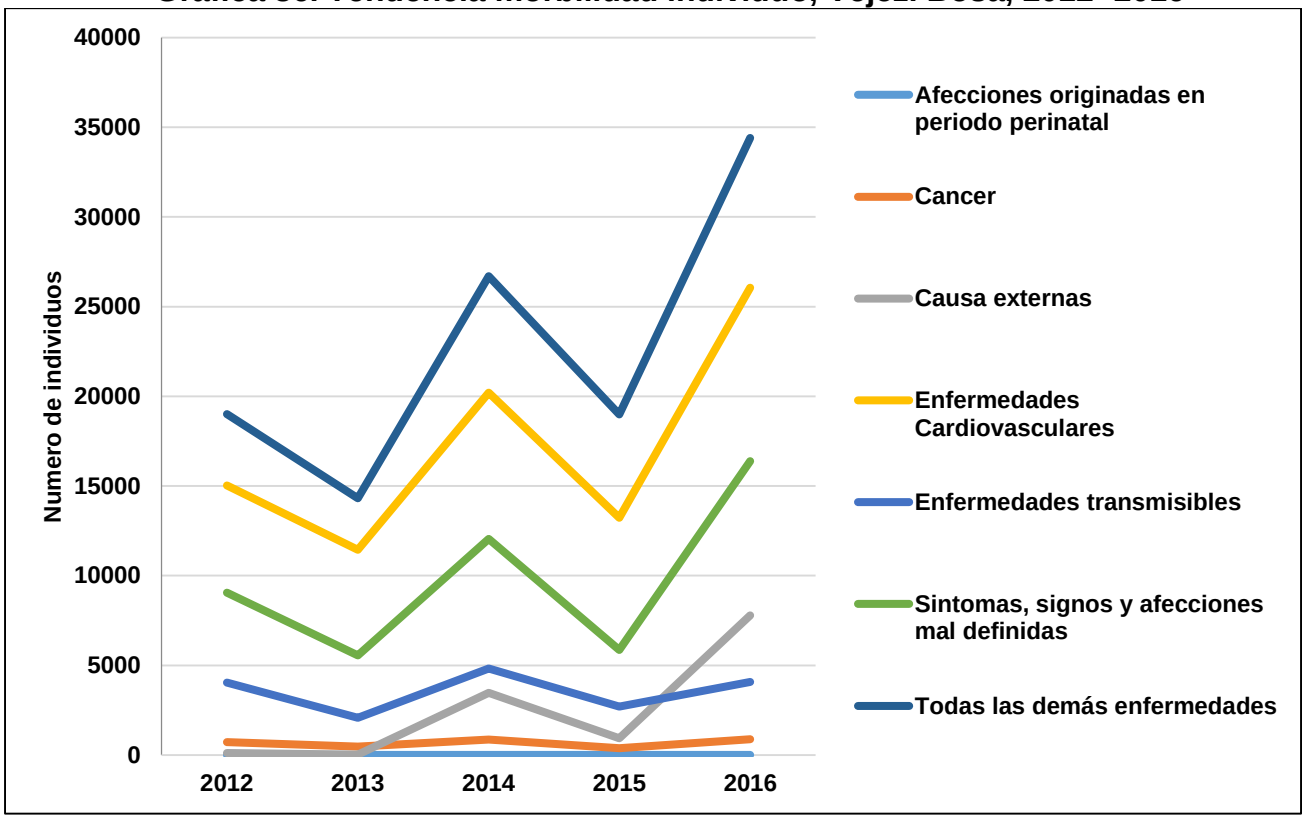
Tabla 35. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas. Adultez, Bosa, Subred y Distrito. 2016

GRUPO DE CAUSAS	Bosa				Subred				Distrito			
	Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	3	0,0	3	0,0	3	0,0	3	0,0	7	0,0	7	0,0
Cáncer	1.235	0,6	888	1,0	4.754	1,4	2.874	1,2	93.477	3,4	36.815	3,0
Causa externas	11.053	5,7	7.790	8,5	11.383	3,4	8.009	3,3	35.116	1,3	25.825	2,1
Enfermedades Cardiovasculares	52.285	26,9	26.061	28,4	135	0,0	63.460	26,3	607.337	22,3	274.668	22,6
Enfermedades transmisibles	5.255	2,7	4.070	4,4	16.058	4,7	12.378	5,1	98.232	3,6	62.349	5,1
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	26.506	13,6	16.392	17,8	70.118	20,7	44.578	18,5	402.555	14,8	220.854	18,2
Todas las demás enfermedades	98.227	50,5	36.668	39,9	236.565	69,8	110.167	45,6	1.490.659	54,7	594.235	48,9
Total	**194.564**	**100,0**	**91.872**	**100,0**	**339.016**	**100,0**	**241.469**	**100,0**	**2.727.383**	**100,0**	**1.214.753**	**100,0**

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

A partir de los años 2012 al 2016, la tendencia en la vejez ha venido aumentando, en un 15 % (41.656) individuos para el 2016. Las causas que llevan a este aumento son: Todas las demás enfermedades con un 13,6 %, síntomas signos y afecciones mal definidas con un 14,9 % y enfermedades cardiovasculares con un 12,8 %. Los adultos mayores son un grupo cada vez más significativo y por ende a padecer enfermedades crónicas incapacitantes y así aumentar la morbimortalidad relacionadas con este curso de vida.

Gráfica 36. Tendencia morbilidad individuo, Vejez. Bosa, 2012 -2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

Comportamiento Primeras Causas de Atención

En la localidad de Bosa las primeras 20 causas de atención médica para el año 2016, hacen referencia a: es la hipertensión esencial primaria con 60.748 atenciones como primera causa, al igual que en el Distrito. Se ven más afectadas las mujeres con el 80,4 % por esta causa, en general para todas las causas las mujeres son las que más aportan el 57,1 %. En cuanto a la edad, la mayor proporción de atenciones se concentran en los mayores de 60 años y adultez.

Caries de la dentina es la segunda causa de atención y está en todos los cursos de vida, con menos asistencia en las personas mayores de 60 años, y Rinofaringitis aguda como tercera causa, afectan a diferentes edades, excepto adultez y vejez.

Tabla 36. Primeras causas de atención, Bosa, 2016

CÓDIGO CIE 10	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	HOMBRE		MUJER		TOTAL # ATENC
		# Atenc	%	# Atenc	%	
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	11.907	19,6	48.841	80,4	60.748
K021	CARIES DE LA DENTINA	16.125	40,0	24.219	60,0	40.344
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	4.093	21,2	15.237	78,8	19.330
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS; SITIO NO ESPECIFICADO	4.744	37,9	7.769	62,1	12.513
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	3.184	26,1	9.025	73,9	12.209
K051	GINGIVITIS CRONICA	2.359	20,5	9.129	79,5	11.488
E039	HIPOTIROIDISMO; NO ESPECIFICADO	3.579	35,8	6.424	64,2	10.003
M255	DOLOR EN ARTICULACION	931	10,2	8.177	89,8	9.108
K297	GASTRITIS; NO ESPECIFICADA	1.459	23,9	4.648	76,1	6.107
N760	VAGINITIS AGUDA	1.393	26,3	3.902	73,7	5.295
E785	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA	1.298	25,7	3.743	74,3	5.041
B829	PARASITOSIS INTESTINAL; SIN OTRA ESPECIFICACION	635	13,2	4.187	86,8	4.822
J039	AMIGDALITIS AGUDA; NO ESPECIFICADA	628	13,3	4.082	86,7	4.710
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE; SIN MENCION DE COMPLICACION	744	16,8	3.675	83,2	4.419
K589	SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA	1.415	32,7	2.910	67,3	4.325
E782	HIPERLIPIDEMIA MIXTA	1.066	26,7	2.928	73,3	3.994
E669	OBESIDAD; NO ESPECIFICADA	1.688	42,3	2.298	57,7	3.986
K040	PULPITIS	1.359	34,2	2.616	65,8	3.975
G439	MIGRANA; NO ESPECIFICADA	1.421	36,9	2.434	63,1	3.855
M199	ARTROSIS; NO ESPECIFICADA		0,0	3.781	100,0	3.781

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 201.

3.2.2. Descripcion de la Oferta

Con respecto a la red pública, la localidad de Bosa cuenta con 19 sedes, de las cuales 2 corresponden a la Unidad de Bosa que son: (Bosa y Bosa centro) y 17 a la Unidad Pablo VI (Pablo VI Bosa, El Recreo, Paraíso, Santa Fe, El jardín, El Toche, San Bernardino, Cabañas, El Porvenir, José María Carbonell, La Estación, Laureles, Olarte, Palestina, Piamonte, Nuevas Delicias y Pablifarmacia).

En total, en la localidad están implementados 239 servicios. Bosa con respecto a Bogotá le corresponde el 6,1 % del total de los servicios y el 22,7 % de la Subred. Por servicio, el 43,5 % de los prestadores en la localidad, son de protección específica, el 29,3 % de consulta externa, el 16,4 % de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, el 4,6 otros servicios, el 2,5 % internación, el 1,7 % servicio quirúrgico y el 0,8 % para transporte asistencial básico y servicio de urgencias respectivamente. El 88 % de los servicios son de baja complejidad y el 11,8 son de mediana complejidad.

Tabla 37. Distribución de servicios ofertados en los puntos de atención, red distrital de prestadores de servicios de salud públicos, Bosa, Subred, Bogotá, D. C.

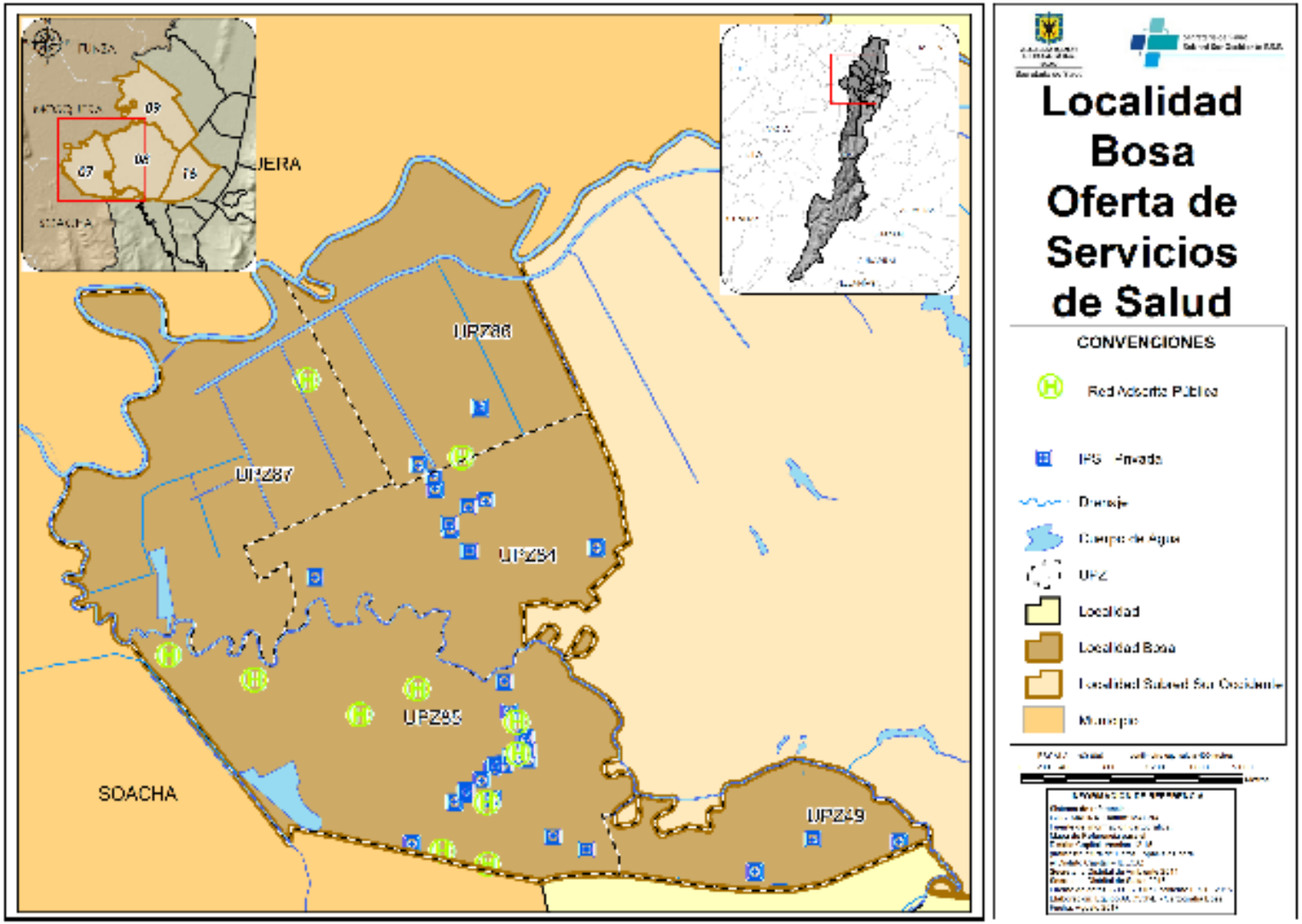
Servicio	Bosa	%	Subred Sur Occidente	%	Bogotá	%
	Cantidad		Cantidad		Cantidad	
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	39	5,4	141	19,6	719	18,6
Consulta Externa	70	5,5	248	19,6	1267	32,7
Internación	6	3,3	27	14,9	181	4,7
Otros Servicios	11	9,2	20	16,8	119	3,1
Protección Específica y Detección Temprana	104	8,2	400	31,3	1276	32,9
Quirúrgicos	4	1,7	31	13,2	235	6,1

Transporte Asistencial Básico	2	5,3	6	15,8	38	1
Servicio de urgencias	2	4,9	7	17,1	41	1,1
Total	239	6,2	880	22,7	3876	100

Fuente: Tomado Subred y Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Reorganización de la red pública de servicios de salud de Bogotá D.C, junio de 2016. Localidad Fontibón, Subred Sur Occidente portafolio de servicios actualizado, año 2017.

De acuerdo a la información suministrada por SDS para la ubicación espacial de los Prestadores de servicios de salud, Bosa tiene 61 unidades, de las cuales 81,9 % (61) corresponden a IPS privadas (red no adscrita a la Subred) y el restante a IPS Públicas (red adscrita). Con respecto a la red Pública de salud, las instituciones por UPZ, se agrupan principalmente en las UPZ 85 Bosa Central, seguida de la UPZ 84 Bosa Occidental.

Mapa 7. IPS Privadas y redes adscritas públicas, Bosa año 2016



3.3. EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

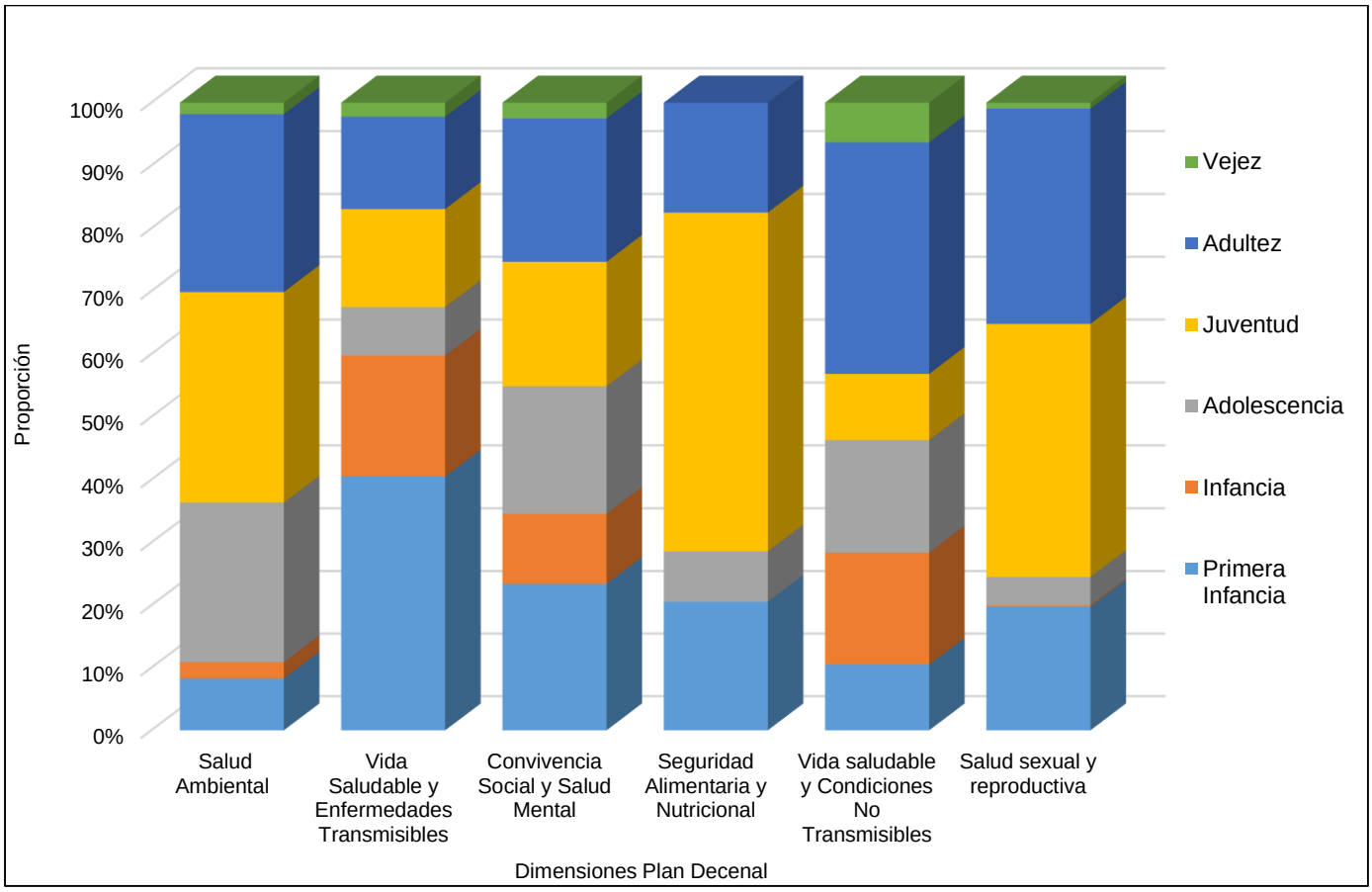
El presente apartado describirá la notificación realizada por parte de las UPGD al Sivigila Nacional y al Sivigila distrital durante el año 2016. Esta información describirá el comportamiento de los eventos determinados como de interés en salud pública.

3.3.1. Sivigila Nacional

Para el año 2016 se reportaron al SIVIGILA 8.809 eventos en residentes de la localidad de Bosa; discriminados en 62,4 % de sexo femenino, 37,5 % del sexo masculino y el 0,1 % indeterminado. Con referencia al curso de vida, el 29,6 % de las personas notificadas corresponden a primera infancia, el 22,3 % juventud, el 20,6 % adultez, el 12,7 % Infancia y adolescencia para cada uno, y el 2,1 % están en vejez.

Al realizar el análisis por los seis momentos del curso de vida, es Seguridad alimentaria y nutricional siendo la de mayor notificación en juventud con 49 %, la segunda dimensión con notificación importante es: la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles en primera infancia con 39,8 %, en tercer lugar, esta salud sexual y reproductiva en juventud con el 37,4 %.

Gráfica 37. Distribución de la notificación al Sivigila por dimensión prioritaria y momento del curso de vida, localidad de Fontibón, año 2016



Fuente: Sivigila Distrital. SDS. Año 2016.

Por otra parte, al comparar la notificación con la población de Bosa, Distrito y Subred, a nivel general Bosa presenta la tasa más alta; con respecto al Distrito la diferencia es de 167,9 y con la Subred es de 203,3 puntos.

Al comparar la proporción de notificación general con el Distrito, Bosa reporta el 7,1 % de los eventos, con respecto a la Subred la proporción es del 30,3 %. Por dimensión prioritaria del Plan Decenal de Salud Pública, convivencia social y salud mental en la localidad de Bosa con el 17,0 % es la que presenta mayor proporción de notificación en comparación con el Distrito, por el contrario, la dimensión salud ambiental es la que menor proporción tiene con el 5,6 %.

Con respecto a la Subred, la dimensión convivencia social y salud mental con el 33,7 % es la que presenta mayor proporción de notificación en comparación con el distrito, por el contrario, la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles es la que menor proporción tiene con el 26,4 %.

Tabla 38. Proporción de notificación eventos Sivigila agrupado dimensiones PDSP y localidad frente al Distrito, Subred Sur Occidente, 2016

GRUPO DE EVENTOS	BOSA	KENNEDY	FONTIBÓN	PUENTE ARANDA	SUBRED SUR OCCIDENTE
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	8,9	0,0	4,9	3,9	30,3
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	0,0	13,9	4,6	3,3	30,1
Convivencia Social y Salud Mental	17,0	10,6	3,6	2,4	33,7
Salud Ambiental	5,6	11,3	7,8	3,7	28,4
Seguridad Alimentaria y Nutricional	9,3	12,5	4,2	3,0	0,0
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	6,9	11,7	4,5	3,3	26,4

Fuente: SDS, base Sivigila 2016, entrega Julio de 2017

Al desagregar el comportamiento por las UPZ de la localidad se encuentra Bosa Central para todos los grupos de eventos es la que mayor aporte realiza, muy seguida de Bosa Occidental. En la siguiente tabla se evidencia la proporción de notificación por dimensiones lo que hace evidente lo anteriormente mencionado.

Tabla 39. Proporción de notificación por grupo de eventos Sivigila y UPZ frente a la localidad de Bosa, 2016

GRUPO DE EVENTOS	UPZ 49 - APOGEO	UPZ 84 - BOSA OCCIDENTAL	UPZ 85 - BOSA CENTRAL	UPZ 86 - EL PORVENIR	UPZ 87 - TINTAL SUR
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	5,8	31,5	32,5	19,8	10,0
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	7,1	29,0	34,1	20,1	9,5
Convivencia Social y Salud Mental	3,9	30,9	38,7	17,9	8,4
Salud Ambiental	6,5	36,1	29,4	19,0	8,8
Seguridad Alimentaria y Nutricional	4,5	34,0	35,5	16,8	8,3
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	4,2	28,4	42,1	16,8	7,4

Fuente: SDS, Base Sivigila, Entrega julio 2017

La localidad de Bosa en todas las dimensiones es la segunda localidad que más aporta a la notificación frente a la Subred en la dimensión de convivencia social y salud mental, superando a la Subred y al distrito en 193 y 207.4 puntos respectivamente, podría explicarse debido a que esta localidad recibe población desplazada por diferentes causas que buscan oportunidades en el Distrito capital.

Tabla 40. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos Sivigila Bogotá, Subred Sur Occidente y sus localidades, 2016

Grupo de eventos	Distrito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Puente Aranda	Subred
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	646,3	647,9	551,3	621	884,9	619,3
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	136,0	127,5	126,9	124,4	157,2	129,4
Convivencia Social y Salud Mental	226,4	433,8	161,5	162,6	191,8	240,8
Salud Ambiental	85,9	54,3	65,5	132,6	111,4	77,2

Seguridad Alimentaria y Nutricional	56,9	59,7	48,0	46,8	60,4	52,2
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	17,2	13,4	13,6	15,4	20,0	14,4

Fuente: SDS. Base Sivigila 2016. Entrega preliminar Julio 2017. DANE-SDP. Proyecciones de población. 2005-2016. * Tasa por 100.000 habitantes

El comportamiento de las tasas de notificación por UPZ muestra que la UPZ 86 el Porvenir, presenta la tasa más alta de notificación en las 5 primeras dimensiones representadas en la siguiente tabla; esto seguido de UPZ 49 apogeo y UPZ 84 Bosa Occidental.

Tabla 41. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos Sivigila, localidad de Bosa y sus UPZ, 2016

Grupo de eventos	Upz 49 – Apogeo	Upz 84 - Bosa Occidental	Upz 85 - Bosa Central	Upz 86 - El Porvenir	Upz 87 - Tintal Sur
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	875,8	756,8	636,1	1100,4	564,3
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	190,0	129,1	129,9	205,0	101,9
Convivencia Social y Salud Mental	353,3	586,3	400,3	619,5	304,7
Salud Ambiental	74,2	55,7	58,6	82,2	40,3
Seguridad Alimentaria y Nutricional	56,4	73,9	60,7	80,0	41,5
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	11,9	19,7	11,4	18,0	8,3

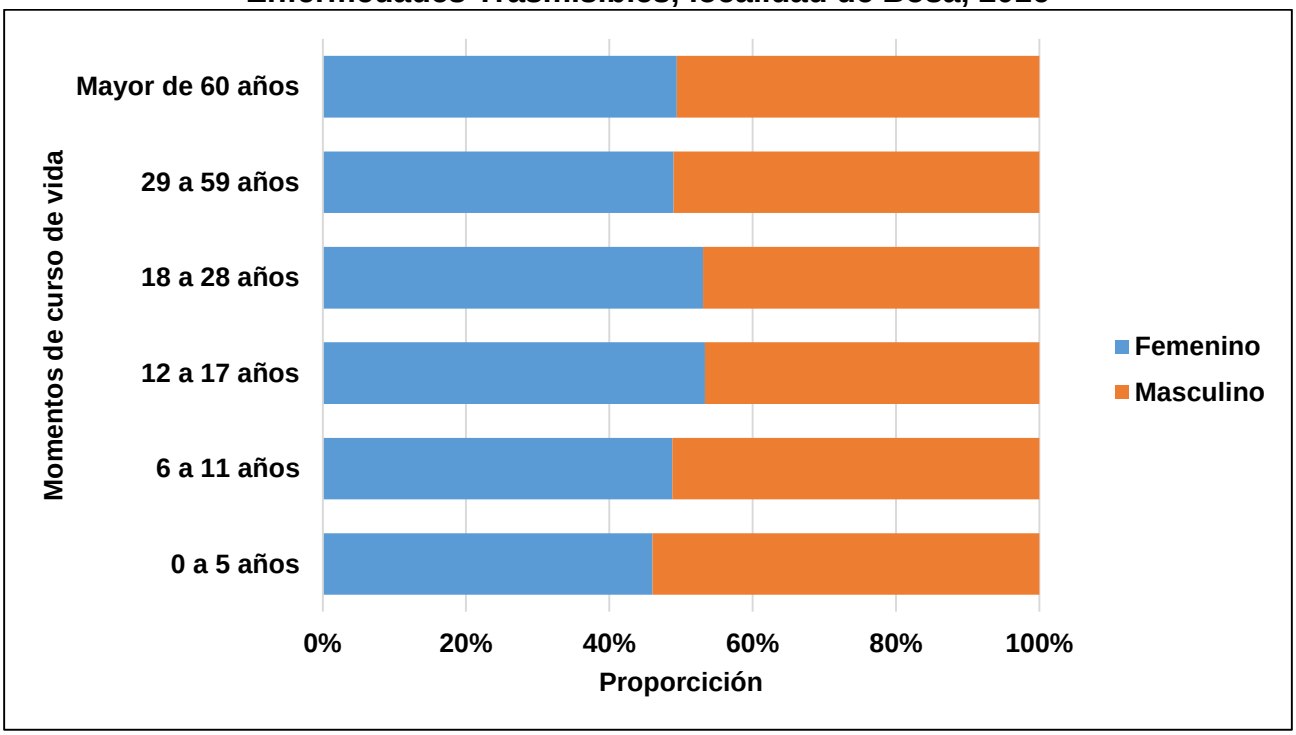
Fuente: SDS, base Sivigila 2016, entrega preliminar Julio 2017. DANE-SDP, proyecciones de población, 2005-2016. * Tasa por 100.000 habitantes

A continuación, se presentan los resultados más importantes por cada dimensión de las variables sexo y curso de vida

Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles: Para la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles la localidad de Bosa aporta al Distrito el 8,9 % de la notificación, la tasa local es de 647,9 casos por cada 100.000 habitantes, se encuentra por encima de la Subred 1,7 puntos y del Distrito 28,6. El 51,3 % de las personas notificadas son de sexo

masculino y el 48,7 % del femenino. La mayor proporción de personas notificadas son de la primera infancia (40,5 %), seguidos de infancia (19,3 %) y jóvenes (15,3 %).

Gráfica 38. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión Enfermedades Trasmisibles, localidad de Bosa, 2016



Fuente: SDS. Base Sivigila 2016. Entrega preliminar Julio 2017

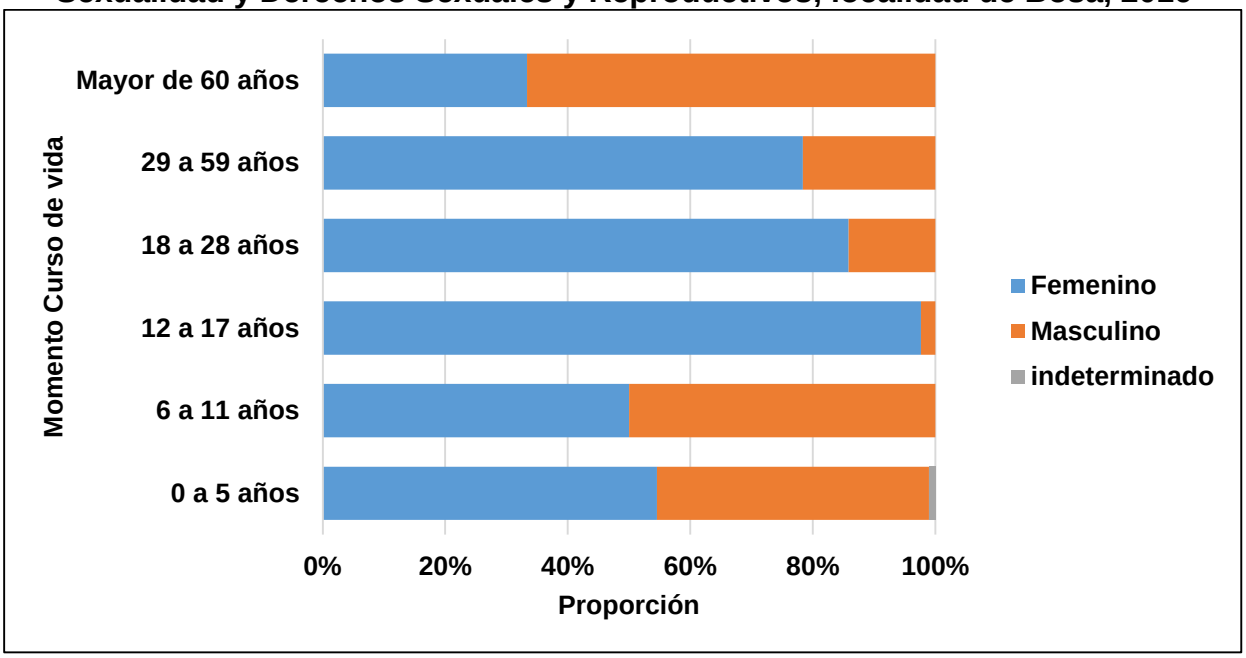
Al analizar los datos se presentaron 3 enfermedades con mayor aporte porcentual: Varicela 64,5 %, vigilancia integrada de la rabia 18,6 % y Zika 7,2 %. El comportamiento de la edad refleja la carga de inmunoprevenibles principalmente en los niños y las enfermedades producidas por vectores en adultos y jóvenes.

Las tres UPZ con mayor notificación son: Bosa Central (32,5 %), Bosa Occidental (31,5 %) y El Porvenir (19,8 %), por tasa de notificación, La más alta es El Porvenir con 1100,4 casos por cada 100.000 habitantes, seguida por El Apogeo (875,8) y Bosa Occidental (756,8).

Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos: La localidad de Bosa aporta el 8,3 % de los eventos de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos notificados en Bogotá, la tasa de notificación es de 127,5 casos por cada 100.000 habitantes, la cual se encuentra 1,9

puntos por debajo de la Subred y 8,5 puntos por debajo del distrito. El 77,7 % de las personas notificadas son de sexo femenino, el 22,9 % del masculino y el 0,2 % indeterminado. La mayor proporción de personas notificadas son adultas (40,6 %), seguidos de infancia (33,79 %), primera infancia (19,9 %), juventud (4,6 %), vejez (1,2 %) y (0,2 %) son adolescentes.

Gráfica 39. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos, localidad de Bosa, 2016



Fuente: SDS. Base Sivigila 2016. Entrega preliminar Julio 2017

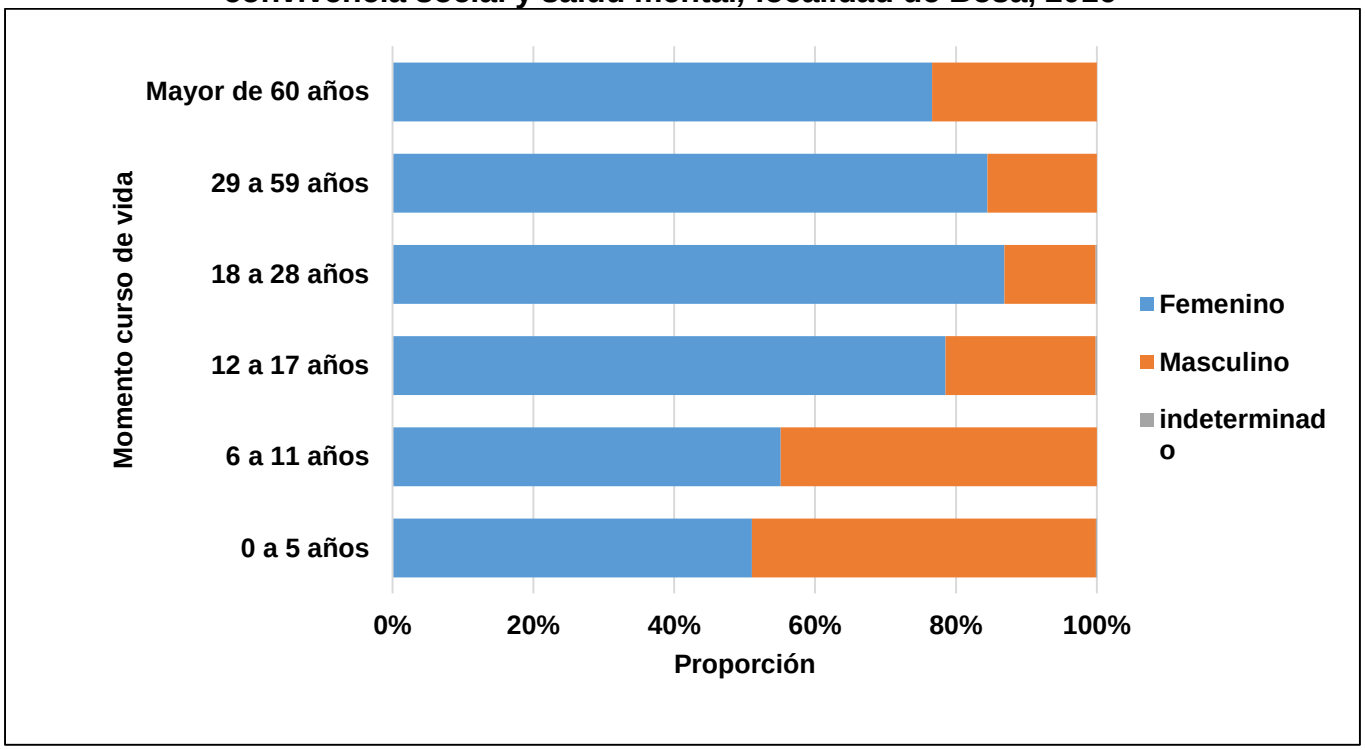
Las tres UPZ con mayor reporte son: Bosa Central (34,1 %), Bosa Occidental (29,0 %) y El porvenir (20,1 %), por tasa de notificación, El Porvenir con 205,0 casos por cada 100.000 habitantes es la más alta, seguida por Apogeo (190,0) y Bosa Central (129,9).

Por evento la morbilidad materna extrema es el que tiene mayor notificación con el 45,3 %, el 53,8 % de las mujeres notificadas son jóvenes y el 39,4 % son adultas. El VIH y la muerte por SIDA es el segundo evento más notificado en esta dimensión (14,4 %), siendo el 85,3 % del sexo masculino y el 14,7 % femenino, por ciclo vital los más afectados son los adultos 55,8 % y jóvenes con el 38,3. En tercer lugar se tienen los defectos congénitos concentran el

13,1 % de las notificaciones, el 52,4 % son mujeres y el 45,6 % son hombres, el 100 % de los eventos son de la primera infancia.

Convivencia Social y Salud Mental: Los eventos relacionados con la convivencia social y la salud mental tienen una proporción de notificación local del 17,0 % frente a Bogotá, la tasa de notificación es de 433,8 casos por cada 100.000 habitantes, la cual se encuentra 193 puntos por debajo de la Subred y 207,4 puntos por debajo del Distrito. El 72,4 % de las personas notificadas son de sexo femenino y el 22,8 % del masculino y 0,1% indeterminado. La mayor proporción de personas notificadas primera infancia (23,4 %), seguidos de adultez (22,8 %) y adolescentes (20,3 %).

Gráfica 40. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión convivencia social y salud mental, localidad de Bosa, 2016



Fuente: SDS. Base Sivigila 2016. Entrega preliminar Julio 2017

Las tres UPZ con mayor notificación son Bosa Central (38,7 %), Bosa Occidental (30,9 %) y El Porvenir (17,9 %), por tasa de notificación, El Porvenir con 619,5 casos por cada 100.000 habitantes es la que muestra la más alta, seguida por Bosa Occidental (586,3) y Bosa Central (400,3).

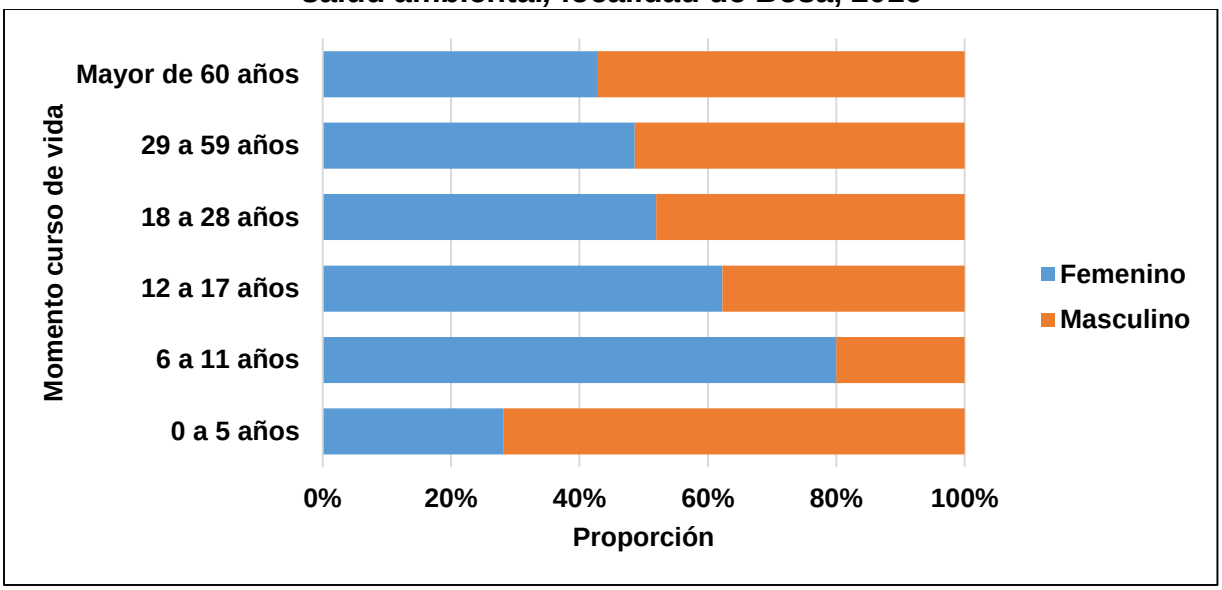
Por evento, la violencia de género es el de mayor proporción de notificación con el 89,7 %, de las víctimas el 68,1 % son del sexo femenino y el 24,9 % son del masculino, por otro lado, el 23,4 % de las personas notificadas pertenecen a la primera infancia, el 19,8 % son adultos y el 16,6 % adolescentes. El intento de suicidio es el segundo evento más notificado en esta dimensión (10,1 %), siendo el 7,0 % mujeres y el 3,4 % hombres, de los cuales el 35,9 % son adolescentes, y el 28,5 % son adultos y 33,3 % jóvenes.

Salud Ambiental: En la dimensión salud ambiental, el 5,6 % de la notificación Distrital es realizada por la Localidad de Bosa, la tasa de notificación es la más alta de la Subred con 54,3 casos por cada 100.000 habitantes, sin embargo, se encuentra por debajo de la Subred y el Distrito en 22,9 y 31,6 respectivamente. El 52,2 % de las personas notificadas son de sexo femenino y el 47,8 % del masculino. La mayor proporción de personas notificadas son jóvenes (33,5 %), seguidos de adultos (28,3 %) y adolescentes (25,5 %).

Las 3 UPZ con mayor notificación son: Bosa Occidental (36,1 %), Bosa Central (28,3 %) y El Porvenir (19,0 %). Los datos por tasas de notificación más altas se registran en las UPZ El porvenir con 292,1 casos por cada 100.000 habitantes, seguida de la UPZ Apogeo con 74,2 y Bosa Central con 58,6

El evento de intoxicación por sustancias químicas es de mayor notificación con el 63,2 % de los casos, los momentos del curso vital más afectados son: adultez (38,5 %), juventud (34,9 %) y adolescencia (17,2 %). Para las enfermedades transmitidas por alimentos el reporte fue del 86,7 %, del total de notificados el 31,3 % son adultos, el 31,4 % son jóvenes y el 15,7 % son adolescentes.

Gráfica 41. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila dimensión salud ambiental, localidad de Bosa, 2016

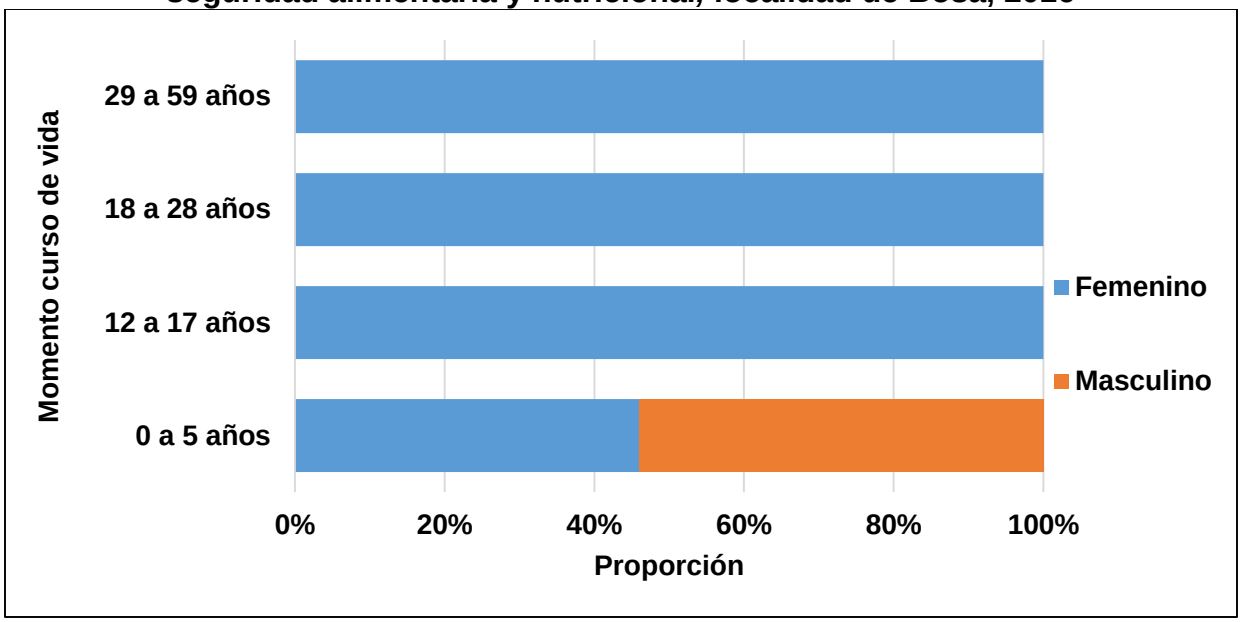


Fuente: SDS. Base Sivigila 2016. Entrega preliminar Julio 2017

Seguridad Alimentaria y Nutricional: La proporción de notificaciones de la dimensión de seguridad alimentaria representan el 9,3 % del Distrito, la tasa de notificación es de 46,8 casos por cada 100.000 habitantes, la cual se encuentra 5,4 puntos por debajo de la Subred y 10 puntos por debajo del distrito. El 88,9 % de las personas notificadas son de sexo femenino y el 11,1 % del masculino. La mayor proporción de personas notificadas son jóvenes (53,9 %), seguidos de niños y niñas de la primera infancia (20,6 %) y adultos (17,5 %).

Las UPZ con mayor proporción de notificaciones son Bosa Central (35,5 %), Bosa Occidental (34,0 %) y El Porvenir con el (16,8 %) ocupando el tercer lugar, por tasa de notificación, la más alta es El Porvenir 80,0 casos por cada 100.000 habitantes, seguida por Bosa Occidental 73,9 y Bosa Central 60,7.

Gráfica 42. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila dimensión seguridad alimentaria y nutricional, localidad de Bosa, 2016

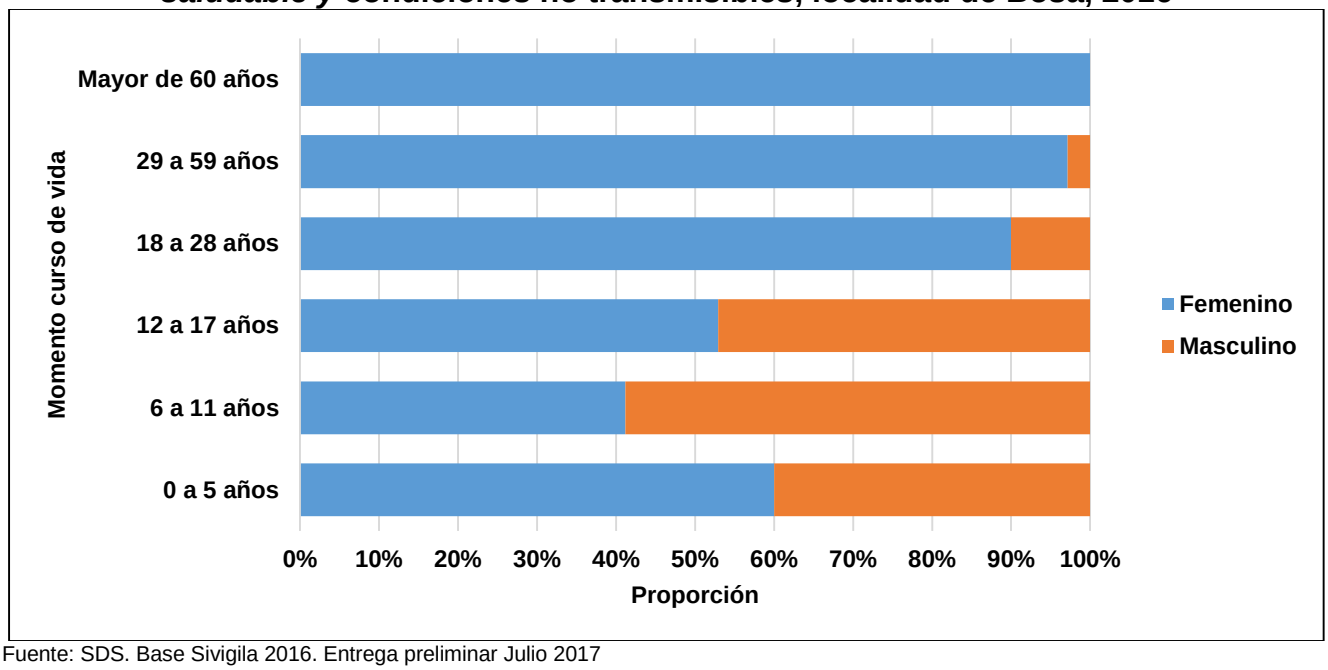


Fuente: SDS. Base Sivigila 2016. Entrega preliminar Julio 2017

Por evento, el 79,4 % de la notificación es por bajo peso al nacer y el 20,3 % por desnutrición aguda en menores de 5 años, el momento de curso vital que predomina es primera infancia. En la localidad de Bosa para el año 2016 se presentó 1 mortalidad por desnutrición.

Vida Saludable y Condiciones no transmisibles: La localidad de Bosa aporta a Bogotá el 6,9 % de la notificación de la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, la tasa de notificación es de 13,4 casos por cada 100.000 habitantes, la cual se encuentra 7,5 punto por encima de la de Subred y 2,8 puntos por encima del Distrito. El 74,7 % de las personas notificadas son de sexo femenino y el 25,3 % del masculino. La mayor proporción de las personas notificadas son adultos (36,8 %), seguidos de infancia y adolescentes (17,9 %) para cada uno respectivamente y jóvenes (10,5 %).

Gráfica 43. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión *vida saludable y* condiciones no transmisibles, localidad de Bosa, 2016



Fuente: SDS. Base Sivigila 2016. Entrega preliminar Julio 2017

Las tres UPZ con mayor notificación son Bosa Central (42,1 %), Bosa Occidental (28,4 %) y El Porvenir (16,8 %), por tasa de notificación las más altas se registraron en las UPZ Bosa Occidental con 19,7 casos por cada 100.000 habitantes, seguida de El Porvenir con 18,0 y El Apogeo con 11,9.

Por evento el cáncer de mama y cuello uterino es el más notificado con el 50,5 %, el 68,4 % de las mujeres notificadas son adultas, el 18,7 % son jóvenes y el 12,5 son mujeres mayores de 60 años, los demás momentos del curso de vida no reportan casos. El cáncer en menores de 18 años es el segundo más notificado en esta dimensión afectando principalmente a infantes y adolescentes con el (35,5 %) para cada uno y por último el (29,3 %) ataca a niños y niñas menores de 5 años. En tercer lugar, se encuentran las enfermedades huérfanas aporta el 9,5 % de la notificación, el 100 % son hombres, de los cuales el 44,4 % son infantes y el 22,2 % son adultos. Finalmente, La exposición a flúor concentra el 74 % de las notificaciones, el 100 % son hombres, por curso de vida el 71,5 % son adolescentes.

3.3.2. Sivigila Distrital

El Distrito desarrolla diversos subsistemas diferentes al SIVIGILA nacional, que permiten analizar un amplio número de temáticas profundizando en el conocimiento de diversos temas. De acuerdo con lo anterior, en la localidad de Bosa, el subsistema que presenta una mayor proporción de eventos de notificación frente al Distrito es el subsistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual (SIVIM), con el 14,5 %, en segundo lugar, se encuentra Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS) con el 11,3 %. A nivel de UPZ, se destaca que en todos los subsistemas la UPZ Central y Occidental, presentan la mayor proporción de notificación de eventos.

Tabla 42. Proporción de notificación por Dimensión del Plan Decenal y Subsistemas. UPZ frente a la localidad de Bosa, 2016

DIMENSION DEL PDSP	SUBSISTEMA	BOSA	UPZ 49 - APOGEO	UPZ 84 - BOSA OCCIDENTAL	UPZ 85 - BOSA CENTRAL	UPZ 86 - EL PORVENIR	UPZ 87 - TINTAL SUR
SEGURIDAD ALIMENTARIA	SISVAN	9,5	2,8	31,8	54,3	9,9	9,9
	SUBTOTAL DIMENSION	9,5	2,8	31,8	54,3	9,9	9,9
CONVICENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	VESPA	8,8	1,1	30,6	32,4	7,9	7,9
	LESIONES DE CAUSA EXTERNA	7,8	3,2	28,9	36,3	20,3	20,3
	SISVECOS	11,3	3,4	25,3	32,3	16,7	16,7
	SIVIM	14,5	3,7	30,1	35,7	17,8	17,8
	SUBTOTAL DIMENSION	11,2	3,4	29,4	35,4	17,8	17,8
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES	DISCAPACIDAD	8,9	SD	SD	SD	SD	SD
	SISVESO	9,8	9,9	30,2	37,3	11,7	9,9
	SUBTOTAL DIMENSION	9,5	7,6	23,0	28,5	8,9	7,6
SALUD Y AMBITO LABORAL	SIVISTRA	8,8	SD	SD	SD	SD	SD
	SUBTOTAL DIMENSION	8,8	SD	SD	SD	SD	SD

Fuente: SDS, Base Sivigila, Entrega agosto de 2017.

Se aclara que la información entregada de discapacidad y SIVISTRA no tiene el nivel de desagregación UPZ. Por UPZ, Bosa Central es la que más aporta en la notificación local en todos los eventos y la menos es la UPZ Tintal Sur.

Frente a los datos de notificación Distrital, la localidad de Bosa se encuentra por encima de la tasa de notificación de las siguientes dimensiones: Seguridad Alimentaria Nutricional (Sisvan), Convivencia Social y Salud Mental (Sisvecos y Sivim), Vida Saludable y no Trasmisibles (Sisveso y con respecto a la Subred Bosa está por encima excepto Lesiones de Causa Externa).

Tabla 43. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos Sivigila D. C., Distrito, localidad, Subred Sur Occidente, 2016

Dimensión	Subsistema	Distrito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Puente Aranda	Subred
Seguridad Alimentaria y Nutricional	SISVAN	2645,3	2831	1582,8	2451,7	2119,3	2120
Convivencia social y Salud Mental	VESPA	129,8	128,8	50,1	39,2	335,7	95,9
	Lesiones de causa externa	661,1	581,6	692,9	520,4	645,1	629,8
	SISVECOS	126,2	159,8	99	178,2	128,3	131,4
	SIVIM	790,1	1286,8	591,6	597	635,8	791,6
Vida Saludable y condiciones no trasmisible	Discapacidad	217,7	217,1	138	229	287,3	188,1
	SISVESO	633,4	696,6	366,8	704,3	749,5	547,5
Salud y ámbito laboral	SIVISTRA	55,3	54,7	19,1	51,1	77,3	39,4

Fuente: SDS. Bases subsistemas Sivigila D.C. 2016. Entrega preliminar Julio 2017. DANE-SDP.

De acuerdo con los resultados obtenidos en las tasas de notificación para la localidad de Bosa, las UPZ que tienen resultados por encima para todas las dimensiones son Bosa Central y Bosa Occidental.

Tabla 44. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos Sivigila D.C., localidad de Bosa y sus UPZ, 2016

Dimensión	Subsistema	Bosa	UPZ 49 - Apogeo	UPZ 84 - Bosa Occidental	UPZ 85 - Bosa Central	UPZ 86 - El Porvenir	UPZ 87 - Tintal Sur
Seguridad Alimentaria y Nutricional	SISVAN	2831	1659,6	3146,5	4601,5	2247,1	266,7
Convivencia Social y Salud Mental	VESPA	128,8	29,7	137,5	124,9	81,1	90,1
	SILVENCE	581,6	397,8	586,3	631,9	945	339
	SISVECOS	696,6	115,8	141,4	154,4	212,9	75,9
	SIVIM	1286,8	101,5	135,4	137,2	183,4	60,1
Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles	Discapacidad	217,1	SD	SD	SD	SD	SD
	SISVESO	696,6	1454,8	734,6	777,5	648,8	580,9
Salud y Ámbito Laboral	SIVISTRA	54,7	SD	SD	SD	SD	SD

Fuente: SDS. Bases subsistemas Sivigila D.C. 2016. Entrega preliminar Julio 2017. DANE-SDP

En este apartado se describen los Eventos de salud pública del Sivigila Distrital, de acuerdo con las dimensiones del plan decenal de salud pública teniendo en cuenta las variables sexo y edad.

Seguridad alimentaria y nutricional (SISVAN)

El Estado Nutricional es un indicador importante del nivel de salud y de la calidad de vida de la población; así como del grado de satisfacción de las necesidades básicas. Por esta razón, la valoración nutricional de la población, en especial la de riesgo (niños, embarazadas, adolescentes y adulto mayor), es un elemento de gran importancia en salud pública que permite evaluar las inequidades sociales

La localidad de Bosa en el subsistema Sisvan aporta el 9,6 % de la notificación del Distrito, el mayor aporte son los eventos: bajo peso gestacional (12,0 %), exceso de peso en menores de 10 años (10,2 %) y desnutrición aguda en menor de 5 años (10,0 %).

Tabla 45. Distribución proporcional por eventos Sisvan. UPZ. Bosa, 2016

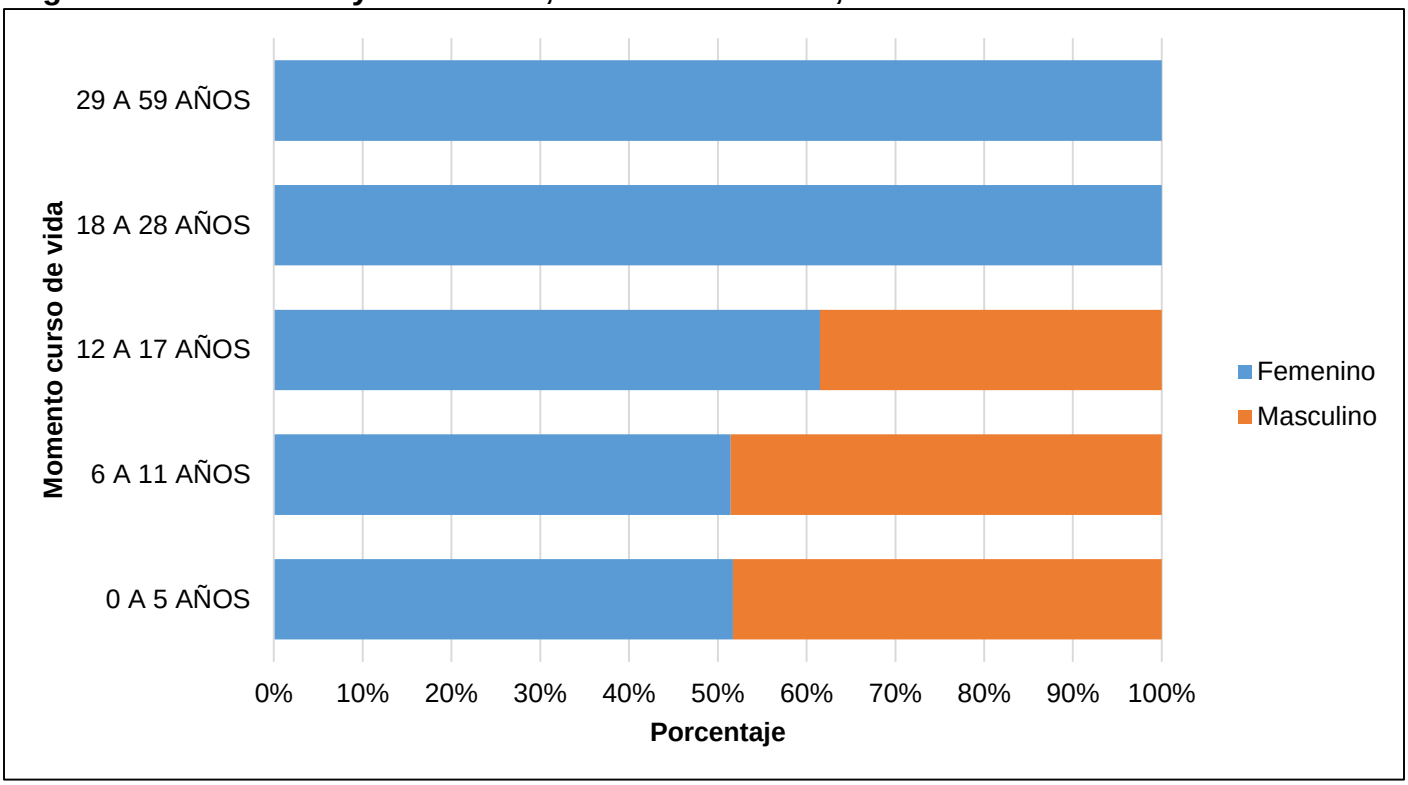
DIMENSION	SUBSISTEMA	EVENTOS	BOSA	UPZ 49 - APOGEO	UPZ 84 - BOSA OCCIDENTAL	UPZ 85 - BOSA CENTRAL	UPZ 86 - EL PORVENIR	UPZ 87 - TINTAL SUR
SEGURIDAD ALIMENTARIA	SISVAN	DESNUTRICION GLOBAL <5 AÑOS	9,4	2,7	29,8	56,0	10,1	1,3
		DESNUTRICION CRÓNICA <5 AÑOS	10,1	2,7	30,7	55,9	9,8	0,9
		DESNUTRICION AGUDA <5 AÑOS	10,0	2,9	28,2	56,0	11,2	1,7
		RETRASO EN TALLA <10AÑOS	10,0	3,0	31,0	55,4	9,6	1,0
		EXCESO DE PESO < 10 AÑOS	10,2	3,1	30,0	56,2	9,6	1,1
		RETRASO EN TALLA ESCOLARES	7,0	1,1	48,8	41,6	8,5	0,0
		EXCESO DE PESO ESCOLARES	6,9	1,1	41,9	49,7	7,3	0,1
		BAJO PESO GESTACIONAL	12,0	4,1	29,0	25,6	11,5	2,8
		EXCESO DE PESO GESTACIONAL	9,6	3,1	28,5	54,9	12,0	1,5
		SUBTOTAL SUBSISTEMA	9,5	2,8	31,8	54,3	9,9	1,1
		SUBTOTAL DIMENSIÓN	9,5	2,8	31,8	54,3	9,9	1,1

Fuente: SDS, Base de Datos Sisvan, Año 2016

La UPZ Bosa Central para la mayoría de los eventos es la que mayor aporte realiza a la localidad con valores mayores al 28 %, siendo el mayor porcentaje para desnutrición global y aguda en menores de 5 años 56 % para cada. Esta dimensión para Bosa tiene una prevalencia del 9,6 %, menor a la reportada en el Distrito (29,1 %). Este indicador muestra la sensibilidad de las condiciones económicas frente al acceso de la alimentación de las familias.

Para el escolar importante resaltar que, del total de los estudiantes tamizados, en Bogotá el retraso en talla en niños y niñas en el ámbito escolar fue del 22,9 % y exceso de peso con el 24,5 %, mientras que, a nivel de localidad, Bosa es la segunda localidad que tienen la mayor prevalencia 7,0 % vs. 6,9 % respectivamente.

Gráfica 44. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos VESPA, Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional, localidad de Bosa, 2016



Fuente: SDS, bases subsistemas Vespa, 2016, entrega preliminar Julio 2017

Por sexo, se encuentra que el 60,1 % de los casos notificados corresponde a mujeres, 39,9 % a hombres. En cuanto a la edad, por momentos de curso de vida se tiene que la mayor prevalencia de casos se encuentra en la primera infancia (49,8 %), seguido por primera infancia (24,2 %) y Juventud (12,0 %).

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

En esta dimensión se consolida toda la notificación realizada por los Subsistemas Vespa (Vigilancia de Consumo de Sustancias Psicoactivas), Lesiones de Causa Externa, Sisvecos (Vigilancia de la Conducta Suicida) y Sivim (Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y Maltrato

infantil). Para Bosa cada subsistema tuvo el siguiente aporte a la notificación del Distrito del año 2016 Sivim 14,5 %, Sisvecos 11,3 %, Vespa 8,8 %, Lesiones de Causa Externa 7,8 %, en total la dimensión aporta el 11,2 % al Distrito Capital.

En la localidad los mayores aportes son para amenaza suicida (20,5 %), violencia sexual (16,6 %), lesiones por pólvora (14,9 %) y violencia de género (14,3 %).

Para esta dimensión social y salud mental en Bogotá para el año 2016, se notificaron 139.239 casos de los diferentes subsistemas, de los cuales el 10,9 % son de la localidad de Bosa. La UPZ Bosa Central para todos los eventos es el que presenta las mayores proporciones por encima del 30 %, siendo el mayor aporte para lesiones por pólvora con el 60 % y la UPZ con los porcentajes más bajos por debajo del 8 % es Tintal Sur, excepto intoxicación o envenenamiento.

Tabla 46. Proporción de notificación grupo de eventos Vespa, Lesiones de Causa Externa, Sisvecos y Sivim, localidad de Kennedy y sus UPZ, 2016

DIMENSION	SUBSISTEMA	EVENTOS	BOSA	UPZ 49 - APOGEO	UPZ 84 - BOSA OCCIDENTAL	UPZ 85 - BOSA CENTRAL	UPZ 86 - EL PORVENIR	UPZ 87 - TINTAL SUR
CONVICENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	VESPA	CONSUMO ABUSIVO DE SPA	8,8	1,1	30,6	32,4	7,9	8,3
	SIVELECE	ACCIDENTE EN EL TRABAJO	9,3	3,1	30,2	37,1	22,1	7,2
		QUEMADURA POR PÓLVORA	14,9	0,0	40,0	60,0	0,0	0,0
		HERIDA CON ARMA DE FUEGO, CORTOPUNZANTE, CONTUNDENTE	6,3	3,1	26,7	33,4	17,5	7,5
		INTOXICACIÓN/ENVENENAMIENTO	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
		QUEMADURA CON SUSTANCIA QUÍMICA/LÍQUIDO HIRVIENTE	7,8	3,3	29,3	39,1	17,4	6,5
		CAÍDA DE ALTURA	6,9	4,9	28,8	35,3	19,6	6,5
		CAÍDA SE PORPOA ALTURA	7,8	3,5	28,4	38,0	20,6	5,7
		SUBTOTAL	7,8	3,2	28,9	36,3	20,3	6,9
	SISVECOS	IDEACIÓN SUICIDA	9,7	3,3	24,9	30,7	18,1	5,3
		AMENAZA SUICIDA	20,5	0,7	29,6	30,3	12,7	4,2
		INTENTO SUICIDA	12,2	4,6	24,5	35,6	16,0	6,7
		SUBTOTAL	11,3	3,4	25,3	32,3	16,7	5,6
	SIVIM	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	14,3	4,0	30,2	35,1	17,7	5,5
		MALTRATO INFANTIL	13,8	3,0	29,8	39,0	16,1	5,1
		VIOLENCIA SEXUAL	16,6	3,2	31,7	34,8	18,2	6,6
		VIOLENCIA DE GENERO	14,5	4,0	29,8	34,7	18,8	5,5
		SUBTOTAL SUBSISTEMA	14,5	3,7	30,1	35,7	17,8	5,6
		SUBTOTAL DIMENSION	11,2	3,4	29,4	35,4	17,8	6,1

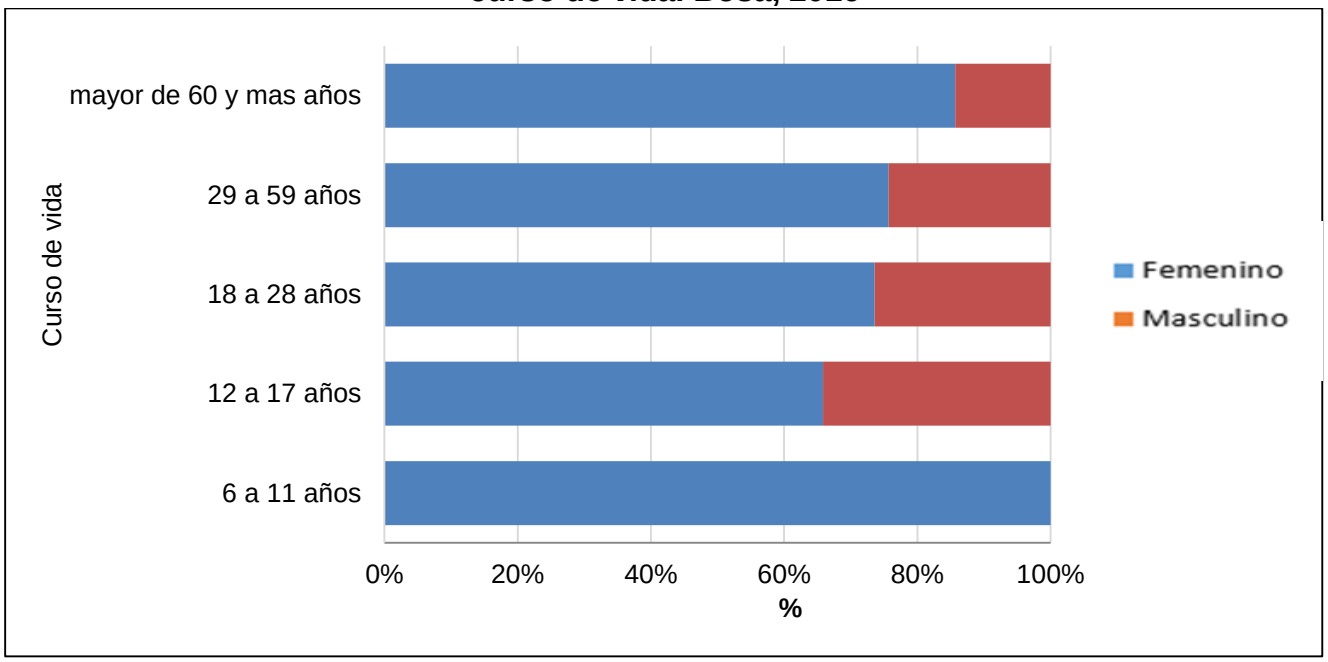
Fuente: SDS, Bases subsistemas Sisvecos, Sivim, Sivelce y Vespa, 2016, entrega preliminar Julio 2017

Consumo abusivo de sustancias psicoactivas (VESPA)

En Bogotá para el año 2016, se notificaron 10.362 casos de consumo abusivo de SPA, de los cuales el 8,8 % de los casos son de la localidad de Bosa, donde las UPZ Central y Occidental tienen la mayor proporción, 32,4 % y 30,6 %, respectivamente.

Por sexo, se encuentra que el 71,5 % de los casos notificados corresponde a hombres, 28,5% a mujeres. En cuanto a la edad, por momentos de curso de vida se tiene que la mayor prevalencia de casos se encuentra en la juventud con el 36,9 %, seguido por adolescencia con el 35,6 % y la adultez con el 26,6 %.

Gráfica 45. Prevalencia consumo de abusivo de sustancias psicoactivas por sexo y curso de vida. Bosa, 2016



Fuente: SDS, Base de Datos Vespa, Año 2016.

En relación con el patrón de consumo se encuentra que la droga de inicio más utilizada fue el alcohol con un 47 %, en segundo lugar, el tabaco con el 37 % y en menor proporción el bazuco con el 0,7 %, y estas son las de mayor impacto. Por curso de vida el 75 % son adolescencia y el 23 % corresponden a primera infancia.

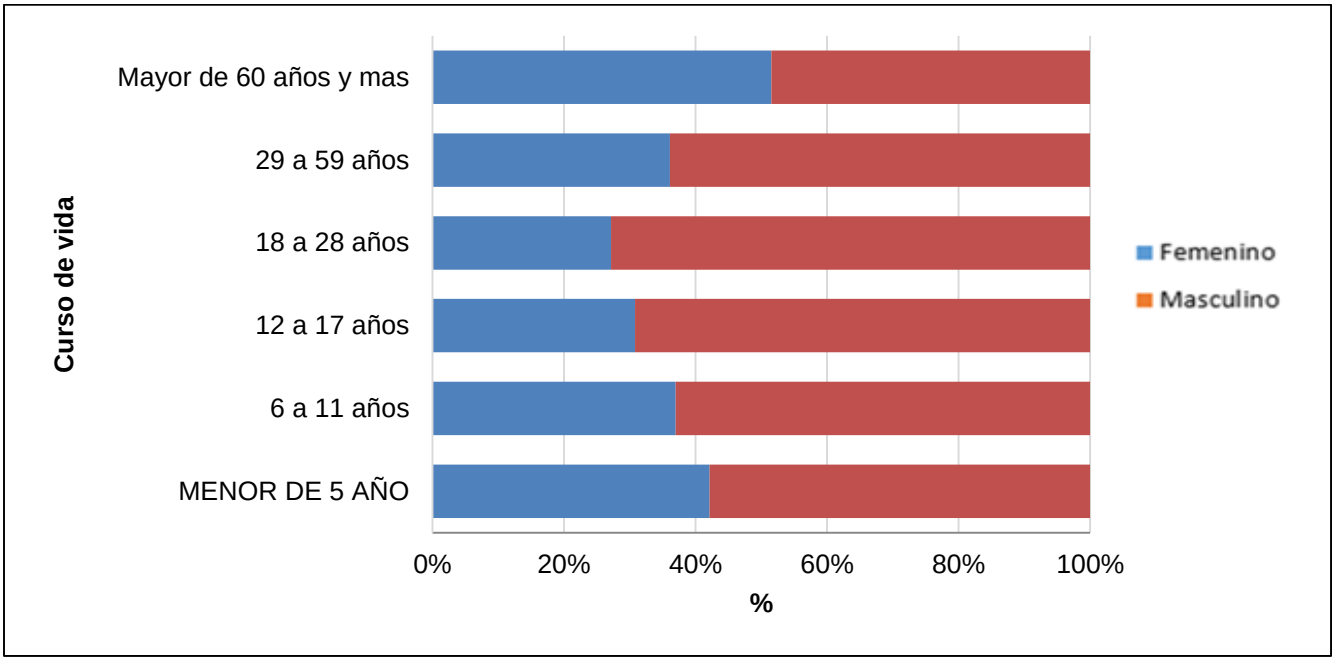
Lesiones de causa externa (SIVELCE)

El subsistema de vigilancia en salud pública Sivelce-VIP es el encargado de vigilar las lesiones de causa externa y de realizar la vigilancia intensificada de lesiones por pólvora. Del total de notificaciones que se realizaron en Bogotá, el 30 % fueron de residentes de la Subred, con un 8 % para Bosa.

El evento más representativo en la localidad, en comparación con el Distrito son los accidentes de trabajo con un 46,9 %, seguido por herida con arma de fuego, corto punzante, contundente con el 26,5 % y caída de su propia altura con 19,5 %.

Aunque en el Distrito se encuentra prohibida la manipulación de pólvora por personas no expertas, en la localidad de Bosa se presentaron 10 casos, que corresponden al 14,9 % a nivel Distrital, pertenecientes a las UPZ Central y Occidental. A nivel general por sexo se identifica que 63,9 % son hombres y el 36 % son mujeres y por curso de vida el de mayor afectación son adultez con el 43,3 %, seguido de juventud con el 32,8 %.

Gráfica 46. Distribución relativa de las lesiones de causa externa por sexo y curso de vida, localidad y UPZ. Bosa, 2016



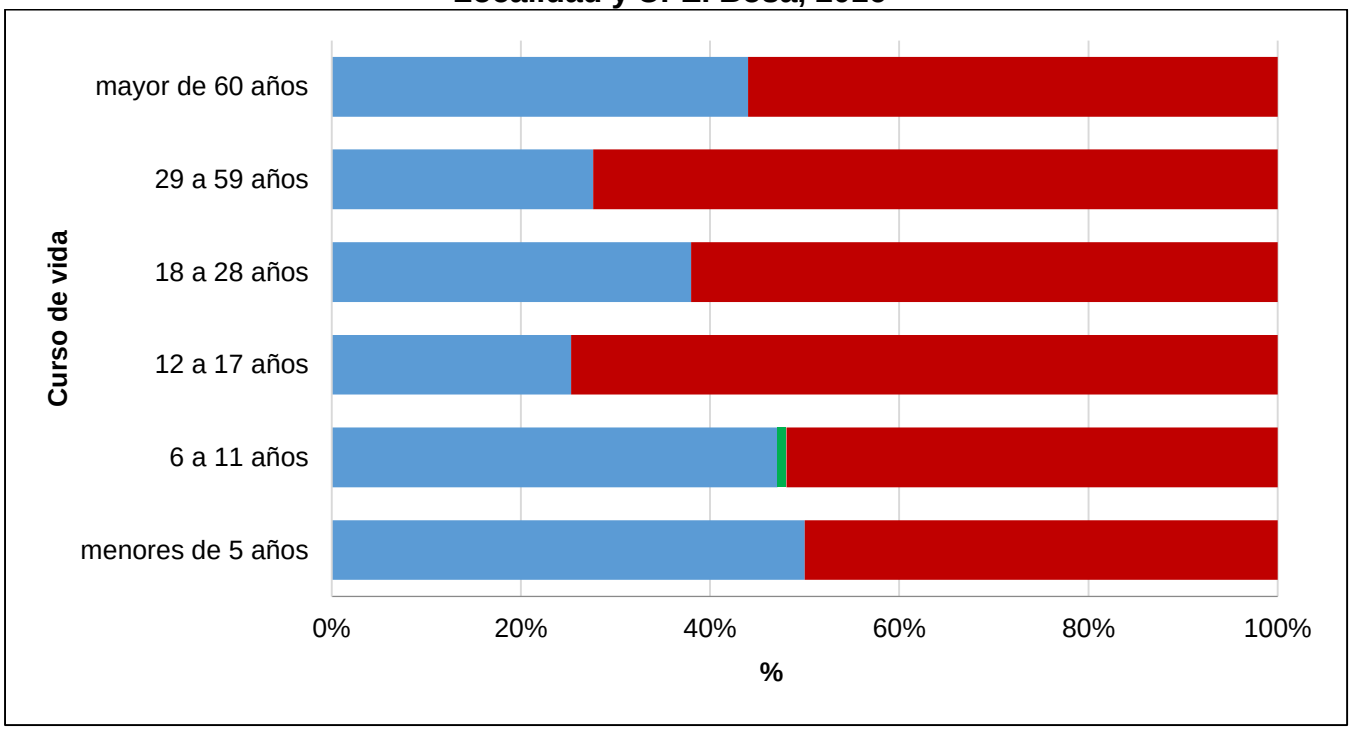
Fuente: SDS, Base de Datos Sivelce, 2016.

Conducta suicida (SISVECOS)

Para el año 2016, se reportaron 1.133 casos de conducta suicida en residentes de la localidad de Bosa, al analizar el comportamiento de la notificación frente al Distrito se tiene que la localidad de Bosa aporta el 11,2 %. El evento de mayor notificación es la ideación suicida que aporta al Distrito el 53,2 % de los casos. En cuanto a las UPZ, la Central y la Occidental presentan la mayor proporción de casos en la localidad.

En cuanto al sexo, el 68,3 % corresponde a hombres y el 31,7 % a mujeres. Por momento del curso de vida, la mayor proporción de eventos ocurre en la adolescencia (37,3 %), para el cual la ideación suicida es la conducta que más se notifica, seguida de intento. En segundo lugar, se encuentra juventud (25,4 %), donde la ideación y el intento suicida son los comportamientos que más se observan. En tercer lugar, está la adultez (25,2 %), en este grupo la ideación se observa en mayor proporción, además este grupo tiene la más alta notificación de suicidio consumado.

Gráfica 47. Distribución por tipo de conducta suicida por sexo y curso de vida Localidad y UPZ. Bosa, 2016



Fuente: SDS, Base de Datos Sisvecos, Año 2016.

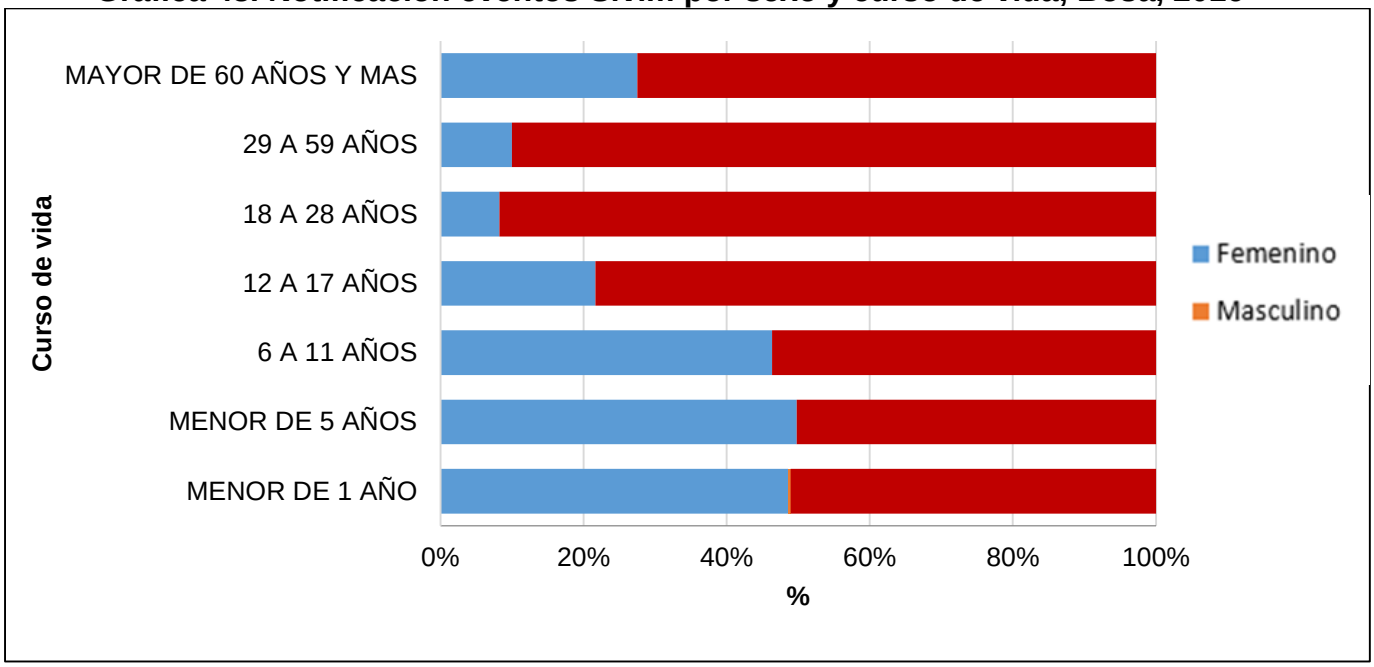
Sistema de vigilancia pidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual (SIVIM)

Para el 2016, el evento con mayor notificación en la localidad en comparación con el Distrito fue la violencia de genero con un 14,5 %, seguido por la violencia intrafamiliar. Las UPZ con mayor notificación de eventos son UPZ Central y Occidental, en contraposición, la UPZ Apogeo presenta la menor proporción.

En este año se notificaron 4.365 casos de violencia, el 72,9 % de los casos las víctimas son mujeres, en cuanto a la edad, el 26,7 % corresponde a menores de 12 años. Con respecto al comportamiento de los diferentes tipos de violencia por momento del curso de vida, se encuentra en primer lugar los adultos con el 26,8, seguido de adolescentes 20,5 %, y en tercer lugar los niños y niñas menores de 5 años con el 24,4 %.

Las violencias que más afectan a los niños y niñas menores de 5 años es la violencia intrafamiliar seguido del maltrato infantil, en los adolescentes y juventud es la violencia intrafamiliar, de género y sexual, en la adultez violencia intrafamiliar y de género y en la vejez violencia intrafamiliar dada especialmente por negligencia y la violencia física.

Gráfica 48. Notificación eventos Sivim por sexo y curso de vida, Bosa, 2016



Fuente: SDS, Base de Datos Sivim, Año 2016.

VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES:

En esta dimensión el subsistema que más aporta a la notificación Distrital es Sisveso con un 9,7 %. La UPZ Bosa Central es la de mayor notificación en la localidad con un 37,3 % seguida de Bosa Occidental con un 30,2 % y El Porvenir con 11,7 %. Discapacidad le aporta a la notificación Distrital el 8,9 % ocupando el tercer lugar en la Subred.

Tabla 47. Proporción de notificación grupo de eventos Sisveso, Sivistra, Discapacidad, localidad de Bosa y sus UPZ, 2016

DIMENSION	SUBSISTEMA	EVENTOS	BOSA	UPZ 49 - APOGEO	UPZ 84 - BOSA OCCIDENTAL	UPZ 85 - BOSA CENTRAL	UPZ 86 - EL PORVENIR	UPZ 87 - TINTAL SUR
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES	DISCAPACIDAD	**REGISTRO DE DISCAPACIDAD**	**8,9**	**SD**	**SD**	**SD**	**SD**	**SD**
	SISVESO	GINGIVITIS	9,5	9,4	30,2	37,8	11,3	10,0
		PERIODONTITIS	3,3	11,8	23,5	41,2	5,9	17,6
		LESIÓN MANCHA BLANCA	8,6	10,4	28,2	37,7	13,2	9,3
		CARIES CAVITACIONAL	10,3	10,5	31,4	35,5	11,7	9,9
		LESIÓN MANCHA CAFÉ	9,8	8,5	30,4	38,3	12,3	10,1
		FLUOROSIS	11,9	9,9	27,3	42,0	10,5	8,5
		SUBTOTAL SUBSISTEMA	9,8	9,9	30,2	37,3	11,7	9,9
		SUBTOTAL DIMENSION	9,5	7,6	23,0	28,5	8,9	7,6

Fuente: SDS, bases subsistemas Sisveso, 2016, entrega preliminar Julio 2017

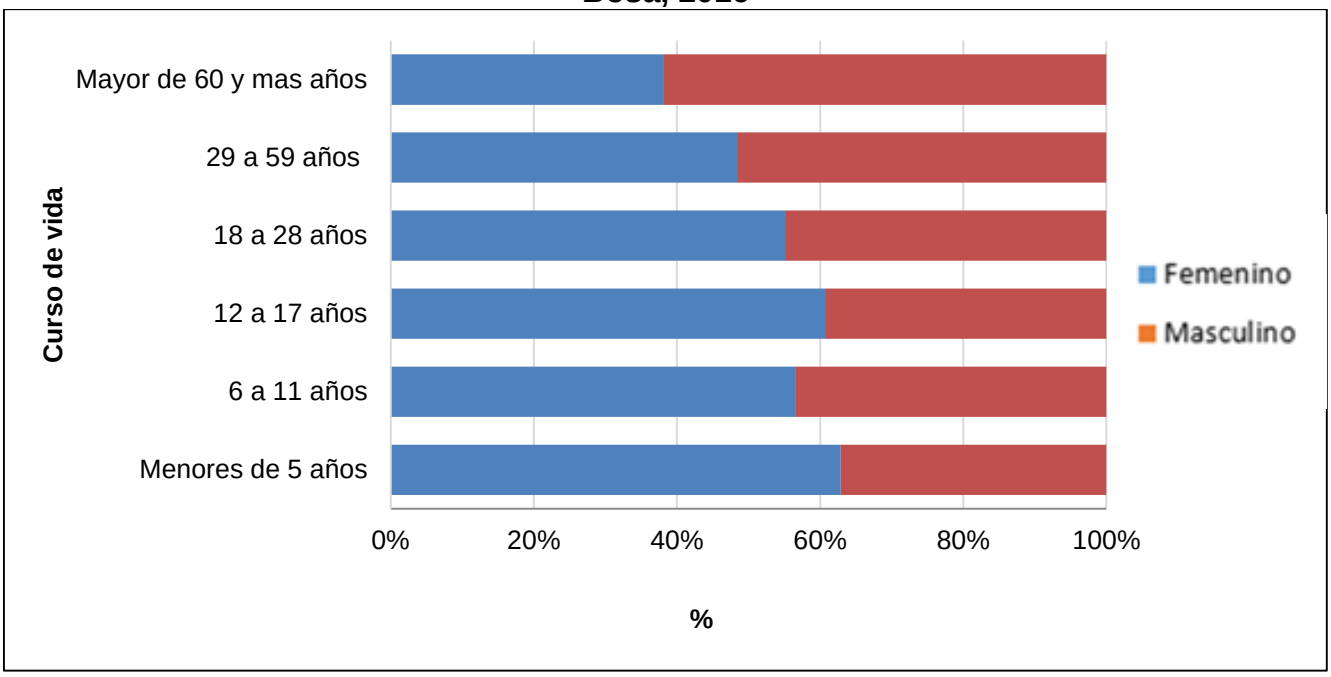
A continuación, se presentarán resultados por subsistema de la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles:

Discapacidad

Con el fin de recoger información sobre dónde están y cómo son las personas con algún tipo de discapacidad residentes en Colombia, se creó el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, esto permite disponer de información a nivel nacional, departamental, distrital y municipal para apoyar el desarrollo de planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad en Colombia.

Para el año 2016, en Bogotá se registraron 17.369 personas nuevas con discapacidad, de estas el 8,9 % viven en la localidad de Bosa. El 51,6 % de las personas registradas son hombres, y el 48,4 % mujeres; el momento del curso de vida con mayor prevalencia es la adultez con el 35,5 %, en segundo lugar, se encuentra la vejez con el 31,1 % y la juventud con el 14,1 %.

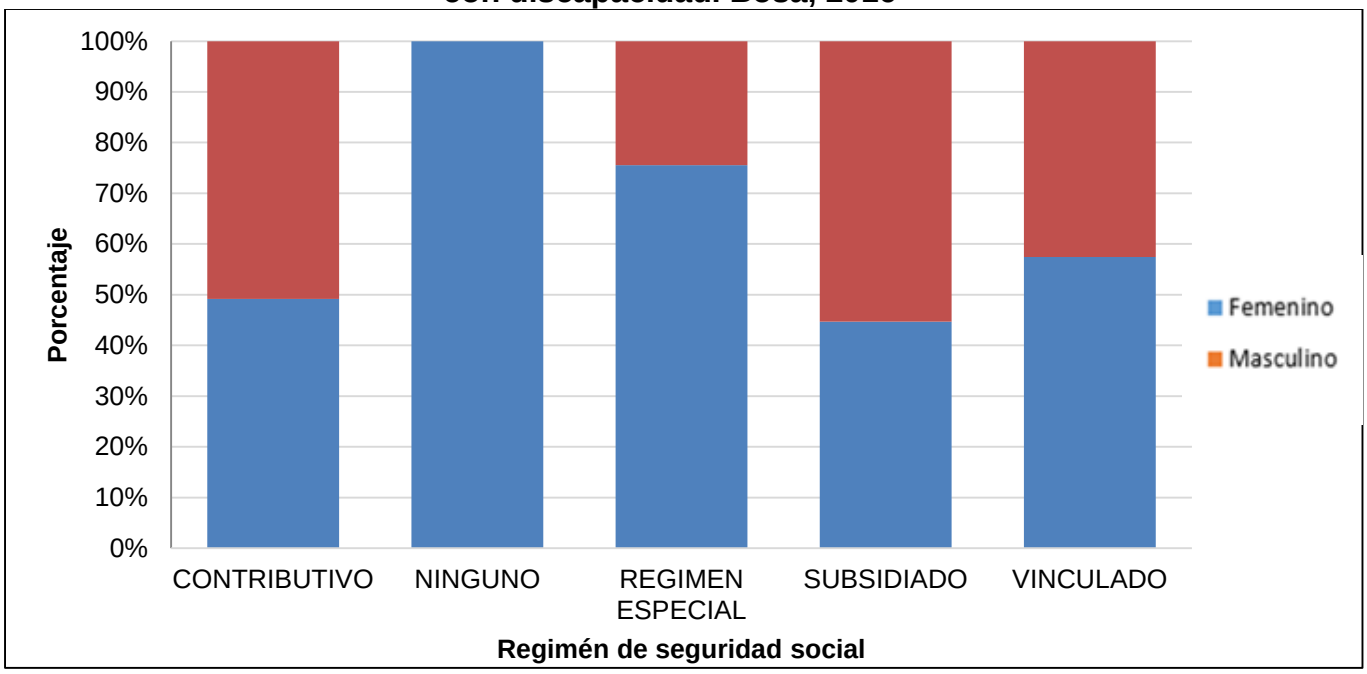
Gráfica 49. Distribución de discapacidad por curso de vida y sexo de la localidad de Bosa, 2016



Fuente: Ministerio de Salud, Protección Social, SDS, Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2016.

Con respecto al aseguramiento más del 50 % son contributivos, seguido del subsidiado con el 40,2 % y en tercer lugar el 3,1 %. La actividad que realiza este tipo de población Según registro es tener un trabajo permanente sin pensión con el 95 %, seguido de 1,5 % tienen trabajo permanente con pensión y tan solo el 0,8 están estudiando.

Gráfica 50. Distribución por sexo y seguridad social de la población con discapacidad. Bosa, 2016



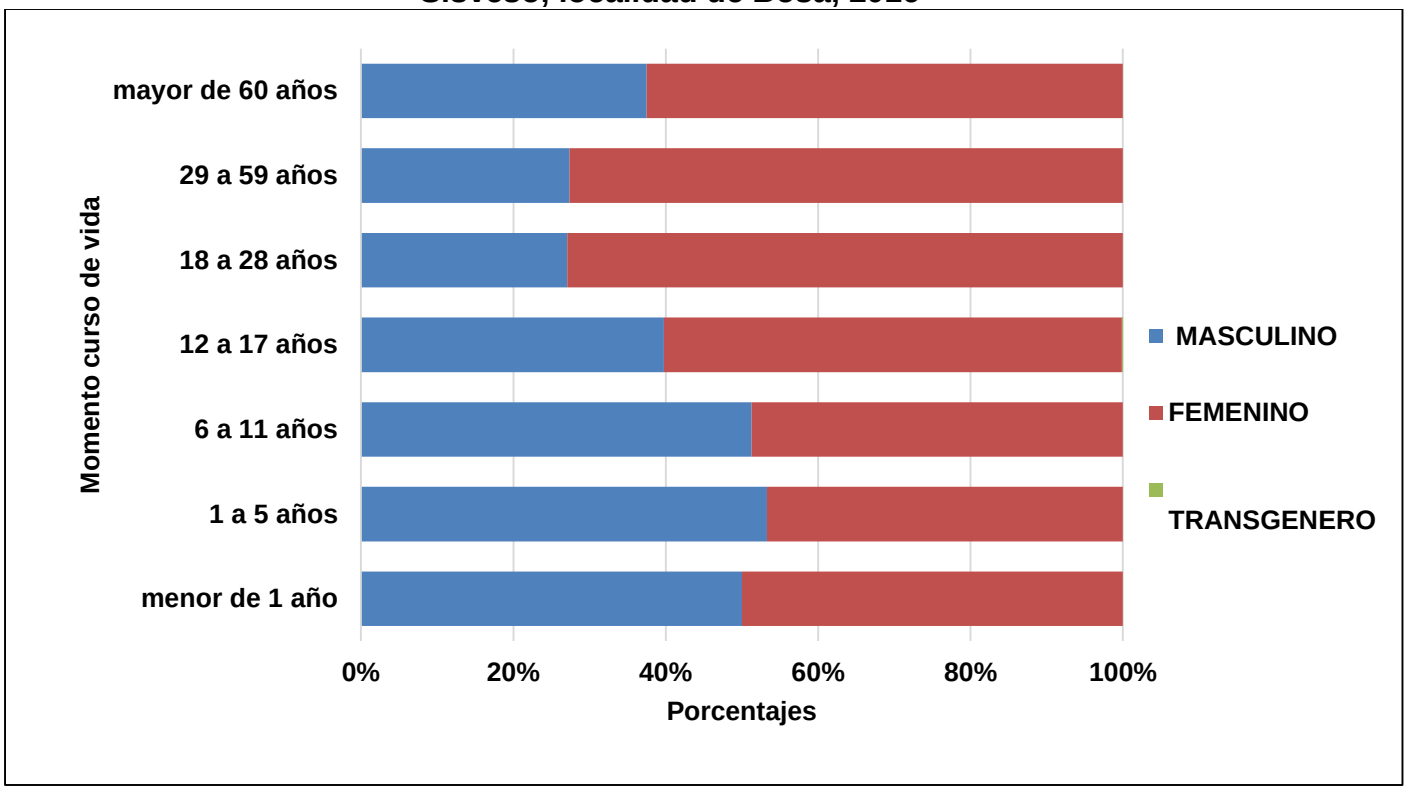
Fuente: Ministerio de Salud, Protección Social, SDS, Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2016.

Salud Oral

Del total de eventos notificados al subsistema en Bogotá, el 9,7 % habita en la localidad de Bosa, las UPZ Central y Occidental reportan la mayor notificación. El evento que tiene mayor representatividad en la localidad frente al Distrito es Fluorosis con un 11,9 %, seguida de Caries Cavitacional con un 10,3 % y Gingivitis con el 9,5 %.

En cuanto a las características de los usuarios notificados, se tiene que en su mayoría son mujeres con el 62,2 %, con respecto al momento del curso vital los jóvenes son lo que presentan el mayor porcentaje con el 28 %, seguido por los adolescentes con el 26,1 % y por curso de vida el que menos casos presentó es primera infancia con el 0,1 %.

Gráfica 51. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Distrital Sisveso, localidad de Bosa, 2016



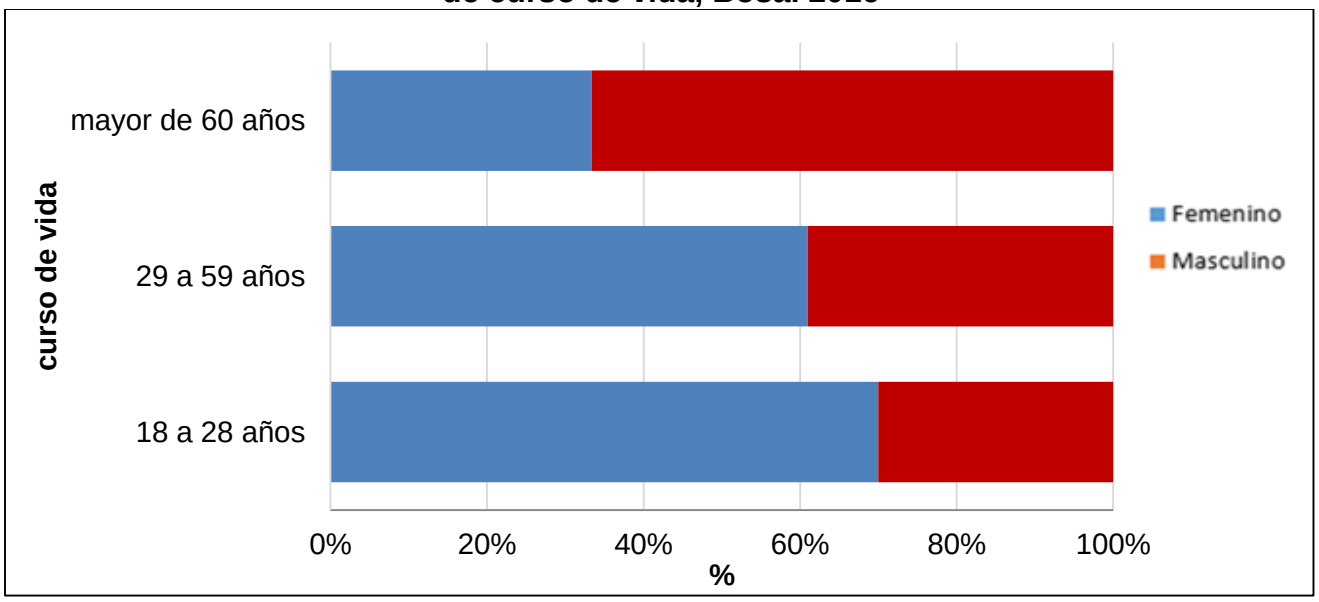
Fuente: SDS, bases subsistemas Sisveso, 2016, entrega preliminar Julio 2017

SALUD Y AMBITO LABORAL

Eventos en salud investigados relacionados con el trabajo en la economía informal (SIVISTRA)

En cuanto a los eventos en salud investigados relacionados con el trabajo en la economía informal, para el año 2016, en Bogotá se registraron 4.409 eventos relacionados con el subsistema, de estas el 9 % viven en la localidad de Bosa. El 57,3 % de las personas registradas son mujeres, y el 42,9 % mujeres; el momento del curso de vida con mayor prevalencia es la adultez con el 72,7 %, en segundo lugar, se encuentra la vejez con el 17,1 % y la juventud con el 10,3 %.

Gráfica 52. Distribución de la población trabajadora informal por sexo y momentos de curso de vida, Bosa. 2016



Fuente: SDS, Base Sivistra, Año 2016.

Con respecto al aseguramiento, el subsidiado con el 53,1 % son subsidiados seguido del contributivo con el 34 % y no afiliado el 9 % con una media en tiempo de oficio de 22 años y 7 días.

VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Evento colectivo (EDA)

Del total de casos notificados al subsistema en Bogotá, el 0,3 % (2.703 casos) ocurren en la localidad de Bosa, las UPZ con mayor proporción de notificación son Occidental y Central con el 26,7 vs. 64,4 respectivamente.

Tabla 48. Proporción de notificación evento colectivo EDA, UPZ y localidad de Bosa, 2016

GRUPO DE EVENTOS	BOSA	UPZ 49 - APOGEO	UPZ 84 - BOSA OCCIDENTAL	UPZ 85 - BOSA CENTRAL	UPZ 86 - EL PORVENIR	UPZ 87 - TINTAL SUR
Vida saludable y Enfermedades Trasmisibles (EDA)	0,3	3,5	26,7	64,4	4,6	0,9

Fuente: SDS. Evento EDA colectivo, 2016.

3.1.1. Eventos precursores

En el mundo se estima que 347 millones de personas tenían diabetes para 2013 y se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas por esta causa. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030 (4)**.**

Según la Organización Mundial de la Salud para 2008, en Colombia la prevalencia de hiperglucemia en ayunas (≥126 mg/dl o está tomando medicamentos para tratar la hiperglucemia) en adultos de 25 o más años fue de 6,7 % en hombres y de 6,1 % en mujeres, siendo más bajas que las del grupo de países de ingresos medianos altos, que alcanzaron valores de 10,4 % y 10,3 %, respectivamente. (5)

De acuerdo con la información de RIPS disponibles, solo se realizará el análisis para el evento de diabetes mellitus. La diabetes mellitus tiene una prevalencia para la localidad de Bosa en el año 2016 por debajo del Distrito en 0,3 % y su tendencia a través del tiempo es irregular.

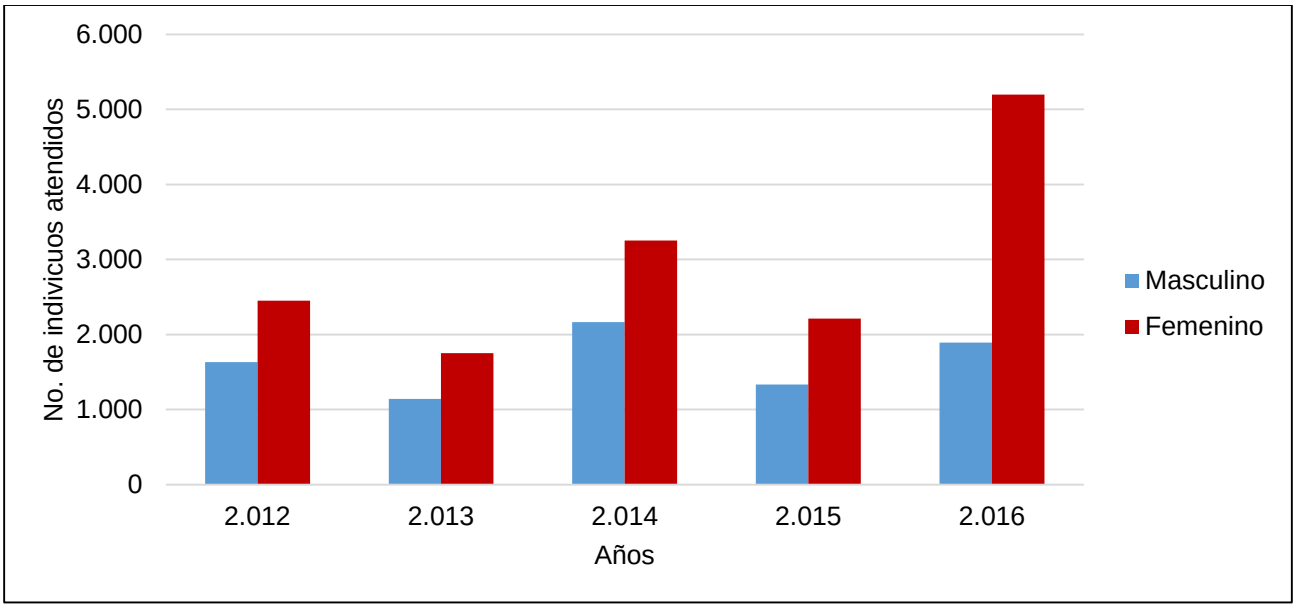
Tabla 49. Razón del evento precursor *Diabetes Mellitus* DM, Bosa. Bogotá. 2012-2016

Evento precursor	Referencia (Bogotá). Último año	BOSA	LI IC 95%	LS IC 95%	comportamiento local				
					2012	2013	2014	2015	2016
Razón de Diabetes Mellitus DM	1,2	0,9	0,2	5,6	↗	↘	↗	↘	↘

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017. DANE, Proyecciones de población 2005-2020. MSPS, Guía metodológica ASIS, Anexo 18.

La semaforización en amarillo indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el comportamiento de Bogotá y Bosa. Los casos de este evento precursor se encuentran distribuidos en las mujeres con el 60 % y el 40 % en hombres.

Gráfica 53. Prevalencia de diabetes mellitus en servicios de salud por sexo. Bosa. 2012-2016

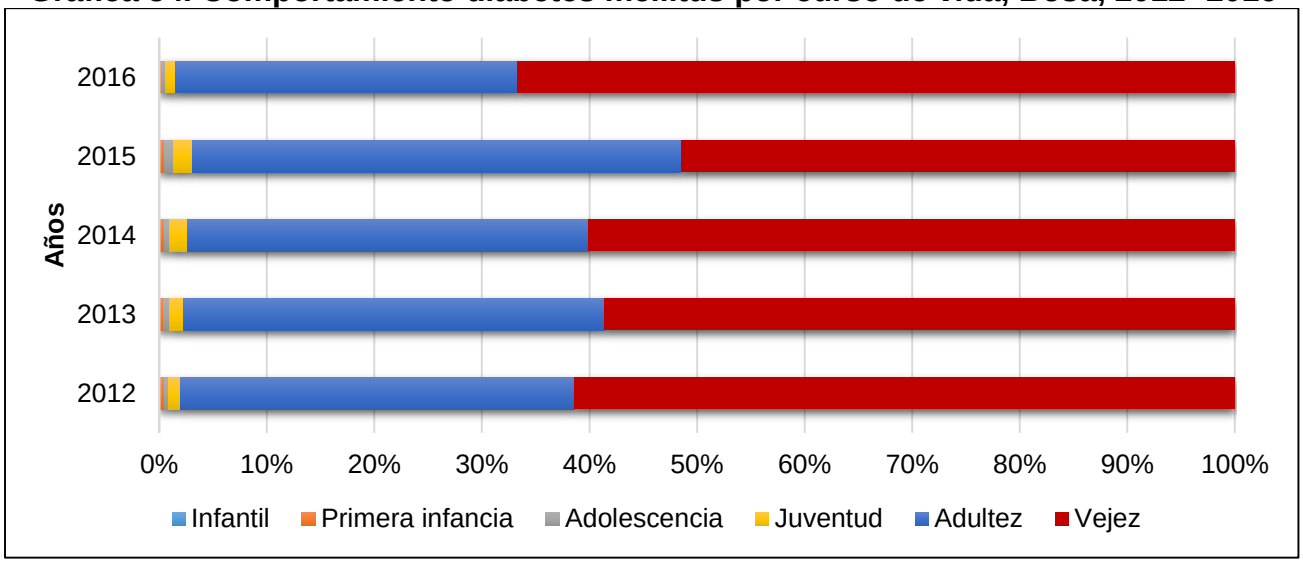


Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017. DANE, Proyecciones de población 2005-2020.

Por curso de vida la diabetes se concentra en la vejez con el 66,8 % y en la adultez con el 31,8 %. La tendencia del evento se comporta así: para la adolescencia y primera infancia y adolescencia hacia la disminución, en la vejez y adultez hacia el aumento.

Para el año 2016 el aporte más representativo que tiene la diabetes dentro de los individuos atendidos en cada curso de vida es para la vejez con el 19,8 % y la adultez con el 9,4 % para el resto de etapas es inferior a 0,3 %.

Gráfica 54. Comportamiento diabetes mellitus por curso de vida, Bosa, 2012- 2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

Para los años desde 2012 a 2016 por tipo de atención los individuos atendidos con este diagnóstico frente al total de individuos atendidos para la localidad de Bosa se comporta así: para las consultas sus aportes oscilan entre 3,4 y 7,1 %, para hospitalización entre el 3,0 % y 4,3 % y en urgencias entre 3,8 y 4,9 %; específicamente para el año 2016; frente al total de individuos presentaron incremento por los diferentes tipos de atención en consulta el 7,1 %, hospitalización con el 4,3 % y urgencias el 4,9 %.

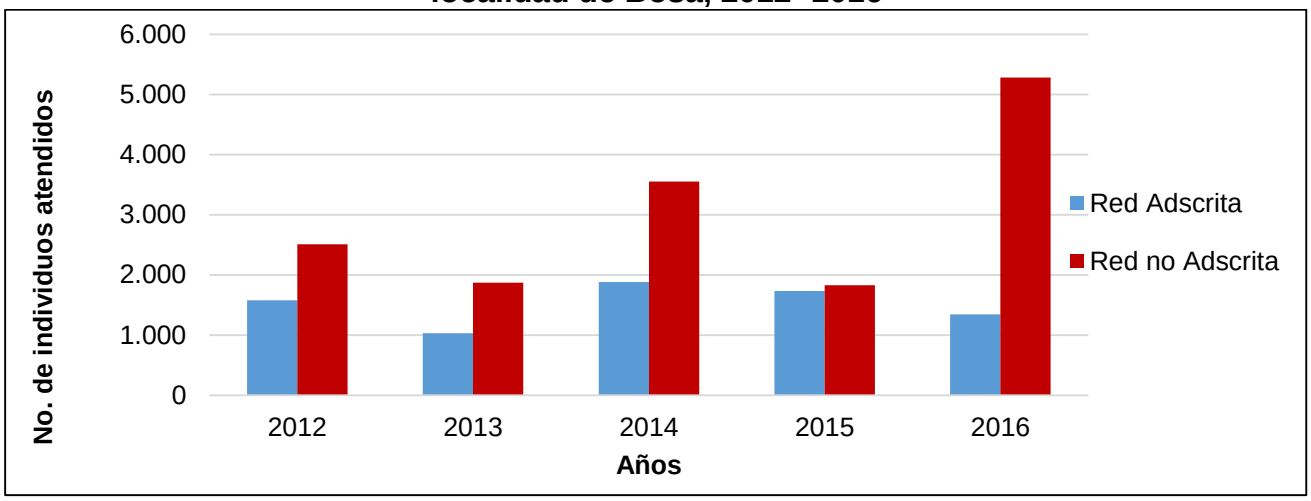
Tabla 50. Comportamiento *diabetes mellitus* por tipo de atención, localidad de Bosa, 2016

Año	Consulta		Hospitalización		Urgencias	
	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
2012	3.939	3,4	122	3,2	294	3,8
2013	2.785	2,6	73	2,3	157	2,0
2014	5.242	4,0	110	2,2	316	3,0
2015	3.430	3,4	49	1,7	214	3,0
2016	6.451	7,1	74	4,3	241	4,9

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

El comportamiento durante los años 2012 al 2016 por tipo de red de atención, conforme va cambiando la afiliación en seguridad social de la población de Bosa, se evidencia que la red no adscrita a la Subred o privada aumento, los que implica mayor población con atención en el régimen contributivo.

Gráfica 55. Comportamiento diabetes mellitus por tipo de Red, localidad de Bosa, 2012- 2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017

Análisis y prioridades en morbilidad

En la morbilidad se observa, en todas las edades, el grupo de las demás causas ocupa el primer lugar para el momento vejez y adultez; las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el segundo lugar, mientras que para los demás grupos de edad se encuentran las enfermedades transmisibles. De igual forma, es importante destacar que el grupo de síntomas, signos y afecciones mal definidas tiene mayor representatividad en edades tempranas, siendo mayor en los menores de un año y en general, en la infancia.

Dado que las principales causas de morbilidad son las enfermedades crónicas (sistema circulatorio y neoplasias) y la diabetes mellitus que debe fortalecerse en su detección precoz y control oportuno, dadas las consecuencias a mediano y largo plazo, ya que están factores

relacionados con estilos de vida saludables tales como alimentación, actividad física, manejo del estrés, de otra parte las enfermedades transmisibles reflejan problemáticas en factores ambientales tales como hacinamiento, malas condiciones higiénico sanitarias y en cuanto a salud sexual y reproductiva la morbilidad materna extrema implica determinantes relacionados con calidad y acceso oportuno a les servicios de salud al igual que aspectos culturales relacionados con el autocuidado.

La salud mental en esta localidad es vulnerable debido a la alta prevalencia de violencia, conducta suicida, consumo de spa, para el caso del suicidio la tasa de muerte ha venido en aumento en los últimos años en la localidad de Bosa, concentrándose principalmente en la juventud y adultez. En este contexto las comunidades identifican problemáticas como la falta de oportunidades, de redes de apoyo, presencia de problemáticas psicológicas y la falta de información sobre el consumo de SPA que se encuentran relacionadas con la violencia. Esta situación se ha venido presentando históricamente debido a las dinámicas sociales que siempre han estado desarrollándose en la localidad.

Según los casos notificados a Sisvan de los problemas de desnutrición, exceso de peso y bajo peso al nacer, el 11,2 % reside en la localidad de Bosa. El evento con mayor porcentaje de notificación es el bajo peso, más de la mitad de estos eventos se presentan en la UPZ Central. Este indicador muestra la sensibilidad de las condiciones económicas frente al acceso de la alimentación de las familias.

Respecto a la población con discapacidad es relevante mencionar que la localidad de Bosa ocupa el segundo lugar en el distrito como receptora de esta población las personas mayores requieren ayuda permanente son las que presentan alteraciones en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas y problemas relacionados con la audición, el momento del curso de vida con mayor prevalencia es la adultez y vejez, este tipo de dificultades se empiezan a considerar como un inconveniente cuando aparecen trastornos de la capacidad física y mental, disminuye la autonomía, las actividades y la adaptabilidad, se deterioran las relaciones familiares y sociales, cesa el trabajo y se pierde la independencia económica, así como un quebranto de la salud, con aparición de enfermedades que producen consecuencias en la vida cotidiana. Justamente, si ninguno de estos trastornos se

manifestara, el envejecimiento no sería en realidad un problema. Lamentablemente, muchas personas son y serán afectadas por estos cambios, se debería trabajar en programas de prevención en discapacidad y así es posible por medio de medidas que eviten la progresión de las enfermedades crónicas, sobre todo la artritis y las enfermedades cardiovasculares.

Con respecto a la oferta y la demanda actual en salud, el servicio principalmente se orienta hacia la atención de población infantil, adulta y mayor por presentar enfermedades trasmisibles y de tipo crónico, ante la situación que vive la localidad es necesario el fortalecimiento de programas orientados y así subyugar las complicaciones, evitando aumentar la morbilidad y mortalidad de dicha población.

CAPITULO 4. ANALISIS DE POBLACIONES DIFERENCIALES

El presente capitulo busca visibilizar las relaciones entre condiciones, calidad de vida, salud y enfermedades (Accvsye) para las poblaciones de la Subred vulneradas históricamente, desde el enfoque diferencial, y haciendo uso de la información disponible. Esto, con el ánimo de comprender la complejidad de las situaciones que definen a cada una de las mismas y ofrecer elementos de contexto para la toma de decisiones frente a planes, programas y proyectos necesarios para garantizar el goce efectivo de sus derechos, fortalecer su ejercicio de ciudadanía y reducir los gradientes de inequidad que caracterizan a dichas comunidades.

Para alcanzar este objetivo, se parte de los resultados obtenidos en el ASIS Diferencial de 2015, ejercicio que constituyó una exploración de fuentes disponibles en ese momento para evidenciar la situación en salud de las poblaciones diferenciales de las localidades del Distrito. El presente análisis es una actualización de dichos resultados a la luz de nuevas fuentes consultadas.

En un primer momento se expondrán los fundamentos teóricos y conceptuales para definir a las poblaciones diferenciales y abordar sus particularidades; para esto se usaron los resultados de la fase de exploración realizado en 2015 a modo de línea de base, donde fueron recopiladas las fuentes de información para estas poblaciones con desagregación de localidad.

Luego de esto se presentará la caracterización demográfica que resultó del análisis de las bases de datos en salud pública que hacen parte del proceso de implementación de la vigilancia en salud pública con sus representaciones en el nivel nacional, distrital y local; dicha información se complementó con fuentes obtenidas de otros sectores.

4.1. APROPIACIÓN CONCEPTUAL Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES

Dentro del marco conceptual se plantean los principales enfoques que se tendrán en cuenta para el desarrollo del ASIS Diferencial durante la presente vigencia, estos son: enfoque de derechos, enfoque diferencial y la salud urbana.

Los derechos se entienden como garantías esenciales para la vida de los seres humanos. Sin estos, las personas no pueden ejercer ni cultivar plenamente sus cualidades, inteligencia, talento y espiritualidad. Asumir un enfoque de derechos implica reconocer a las personas en su calidad de ciudadanos y ciudadanas, con autonomía y capacidad para decidir sobre su propia existencia; requiere brindar las condiciones para que las personas exijan y ejerzan sus derechos, así como garantizar que los mismos sean restituidos cuando son vulnerados.

Al contemplar la historia de los Derechos Humanos, se pueden identificar tres generaciones sucesivas de derechos, fruto de los valores incorporados durante la época histórica en que nacieron: la primera generación giró en torno a la libertad como el principal valor a alcanzar, la segunda generación incorporó la igualdad y la generación actual busca la garantía de derechos en aras de la equidad y la sostenibilidad.

La salud urbana por su parte, es una rama de la salud pública que estudia los factores de riesgo de las ciudades, sus efectos sobre la salud y las relaciones sociales urbanas. Este enfoque amplía la perspectiva de ambiente-salud-enfermedad y apunta hacia la necesidad de abordar también los “determinantes” sociales, económicos y políticos que confluyen en contextos urbanos (6). Al trabajar desde un enfoque en determinantes sociales “lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud” (7).

El tercer enfoque que se incluye en el análisis es el diferencial. Este se entiende como el conjunto de medidas y acciones que brindan un trato diferenciado a algunos grupos poblacionales, para garantizar la igualdad en el acceso a las oportunidades sociales (8). El enfoque diferencial resulta útil para reconocer necesidades, riesgos, exclusiones y barreras que enfrentan determinadas poblaciones para que los Estados garanticen sus derechos humanos de forma efectiva. En esta medida, no solo debe permear las acciones y políticas públicas, sino que debe ser una herramienta de análisis de la propia política.

Como metodología de análisis, el enfoque diferencial particulariza algunas poblaciones a través de categorías, para evidenciar las situaciones de invisibilización histórica (política, económica y social), de discriminación, de vulneración de derechos y/o de desventaja para

exigirlos y así gozar de los mismos. Estas categorías pueden obedecer a momentos del curso vital (Niñez, Adolescencia, Juventud, Adultez y Vejez), a aspectos identitarios (filiación étnica, género, orientación sexual), a cierta condición o situación de la persona (Discapacidad, Víctimas del Conflicto Armada Interno, Ciudadanía Habitante de Calle) o a su ocupación (Personas en Ejercicio de la Prostitución, Carreteros, Bodegueros y Recicladores). Esta metodología deriva en un análisis de la situación de estos grupos poblacionales y sus necesidades básicas insatisfechas, lo cual conlleva a la adaptación de los servicios para la garantía de sus derechos, y a la toma de medidas de atención, asistencia y reparación que respondan a sus particularidades y a su situación de vulnerabilidad.

La Ley 1448 de 2011 incorpora el principio de enfoque diferencial como orientador de todos los procesos, medidas y acciones que se desarrollen para asistir, atender, proteger y reparar integralmente a las víctimas. Mediante la resolución 758 de 2014 se construye el Modelo de Operación con Enfoque Diferencial y de Género.

El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad. Por tal razón, las medidas de ayuda humanitaria, atención asistencia y reparación integral que se establecen en la ley, contarán con dicho enfoque(9). Se consideran sujetos de especial protección constitucional a: niños, niñas y adolescentes, mujeres, personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas, personas mayores, personas con discapacidad, pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, y el pueblo ROM.

4.1.1. Metodología

Bajo el marco conceptual antes descrito, se planteó una metodología de elaboración de estado del arte de la situación de poblaciones diferenciales en la Subred desde las fuentes disponibles, según la fase de exploración del ASIS diferencial realizado en el 2015. La información que contiende dicho ejercicio se circunscribe al sector salud y a las bases con desagregación en lo local. En este estado del arte se contemplaron los siguientes momentos:

Recolección de información: se realizaron reuniones de articulación con el componente 1 de Gobernanza, donde se solicitó a los referentes de las poblaciones diferenciales apoyar la consecución de las fuentes requeridas para la actualización del ASIS Diferencial durante la presente vigencia.

Exploración de la información recolectada*:* incluye la revisión de las fuentes implementadas durante la fase de exploración del ASIS Diferencial de 2015, y la apropiación conceptual requerida por las mismas. De acuerdo con lo anterior, se obtuvo a la fecha un consolidado de 14 fuentes reportadas por referentes de políticas de poblaciones diferenciales.

Para la actualización del ASIS Diferencial se utilizaron aquellas bases de los sistemas de Vigilancia en Salud Pública que incluyeran variables de identificación de las poblaciones diferenciales seleccionadas para el análisis: así, se incluyeron datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual (Sivim), Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (Sisvecos), Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral (Sisveso), Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de las y los Trabajadores en la Economía Informal (Sivistra), Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional (Sisvan) y Estadísticas Vitales. Además, se utilizaron como fuentes de información adicional para población con discapacidad el registro de localización y caracterización y para las Víctimas del Conflicto Armado el Sistema de información para Víctimas (SIVIC).

Descripción de la información recolectada: Para el caso de las etnias, se reporta nuevamente como fuente de información demográfica la encuesta multipropósito de Bogotá 2011 publicada en 2013, y el censo de la comunidad indígena Misak de 2015, las cuales ya se usaron en la fase exploratoria. Se usa como fuente adicional el censo del pueblo Nasa con una actualización realizada en marzo del 2016. Para las víctimas del conflicto armado se utilizó la base de datos del Registro Único de Víctimas. Para la población de recicladores se consultaron dos bases de salud, la primera derivada del sistema de vigilancia

epidemiológica Sivistra y la segunda de las intervenciones realizadas por el espacio de Trabajo.

Para la Ciudadanía Habitante de Calle se consulta, además de la política pública para el fenómeno de habitabilidad en calle, la sentencia de tutela 043 de 2015 y el análisis de la distribución y caracterización de la población de habitantes de calle ubicada en parches y cambuches en Bogotá D.C. de la población habitante de calle del año 2014. Se realizó un ejercicio de georreferenciación que contiene el análisis de la distribución espacial y la caracterización de esta población realizada en el año 2014 que no entró en la fase exploratoria del ASIS diferencial del año 2015.

Para las personas en ejercicio de la prostitución resultó útil el boletín de la Secretaría Distrital de la Mujer sobre el acercamiento al fenómeno de la prostitución en Bogotá. Se debe tener en cuenta que existe escasa normatividad acerca del ejercicio de la prostitución.

En cuanto a las poblaciones LGBTI, la referencia de dicha política de la Subred facilitó un documento de caracterización con datos estimados de la población, reportados por el sector de Integración Social y el acumulado de la base de canalizaciones y atenciones del programa Territorios Saludables.

La población en condición de discapacidad es, entre las poblaciones incluidas en el presente análisis, la que dispone de información más completa, pues cuenta con el sistema de vigilancia epidemiológica de la discapacidad. No obstante, algunas bases locales se encuentran fragmentadas por el manejo administrativo que se ha dado a las mismas.

Las fichas de notificación de otros subsistemas de Sivigila como Sisvan, Sivim, Sisveso, Sivistra, y otro tipo de registros como la base de canalizaciones, la base del programa Territorios Saludables o la base de APS, cuentan con la variable de identificación de pertenencia étnica, sin embargo, no se incluyen variables para identificación de la orientación sexual y de identidad de género.

En particular, la insuficiencia de la información estadística con enfoque diferencial e interseccional no permite al país y mucho menos a menores escalas del territorio conocer de

manera exhaustiva las desigualdades de grupos poblacionales afectados por problemas de exclusión, maltrato o discriminación. En general, los vacíos de información estadística privan a la sociedad de la evidencia para evaluar la dimensión de los fenómenos económicos, sociodemográficos o ambientales que con mayor fuerza afectan su bienestar(4).

***Interpretación de la información recolectada**:* parte de la información recabada ya se ha dispuesto en la línea de base del ASIS Diferencial, pero son pocas las poblaciones que tienen una actualización reciente de la información demográfica, por tanto, no cuentan con información que permita hacer una caracterización en los territorios de la Subred. Algunos de los documentos presentan un análisis espacial o se enfocan en la respuesta institucional.

De acuerdo con los objetivos de actualización a realizar durante esta vigencia, se encuentra la posibilidad de alimentar variables de aseguramiento, descripción del fenómeno, modelos de abordaje, acumulados de caracterizaciones por sexo, momento del curso vital, localidad, UPZ, clasificaciones posibles, estratificación socioeconómica y escolaridad. Para el caso de la población con discapacidad, se encuentra además información sobre la actividad principal y la necesidad de ayudas técnicas.

Tabla 51. Poblaciones Diferenciales, localidad de Bosa, 2014

Grupos poblacionales			N.º	Fuente
Poblaciones diferenciales	*LGBTI*		Aprox 23,904 homosexuales	Encuesta Multipropósito para Bogotá 2014
			Aprox 566 bisexuales	
	Etnias	*Indígenas*	6.882	Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011
		Afrodescendientes	10.627	Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011
		Raizales	120	Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011
		ROM Gitanos	267	Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011
Poblaciones en inclusión	*Personas en condición de discapacidad*		18.883	Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Corte junio 2016

	Víctimas del Conflicto Armado	12.706	Cruce entre RUV_APS_BDUA
	Ciudadano Habitante de Calle	32 parches	
		96 cambuches	Análisis de la distribución y caracterización de la población de habitantes de calle ubicada en parches y cambuches en Bogotá D.C. Censo 2014.
	Personas en ejercicio de la Prostitución	Sin dato	
	Personas de ocupación recicladora, carreteros y pequeños bodegueros	1.853	Registro Único de Recicladores de Oficio RURO

Fuente: Subred Sur Occidente, Análisis Diferencial, Resultados fase exploratoria 2015. Consolidación de la información demográfica, 2015.

A continuación, se presentan las particularidades de las poblaciones diferenciales que se incluyen en la presente actualización:

4.2. COMUNIDADES ÉTNICAS

La pertenencia étnica hace referencia al hecho de compartir prácticas culturales identidades, ideologías y formas de vida propias de un grupo de personas con una historia y unos ancestros comunes que los distinguen de otras. Estos elementos compartidos hacen parte de su historia individual y colectiva, y a su vez configuran su vida cotidiana, cultural, social y política (10).

La Pertenencia étnica cuenta con normatividad nacional que permite la visibilización de los pueblos Indígenas mediante el Auto 004 de 2009, las Comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales mediante el Auto 005 de 2009. De acuerdo con la ley 1448 de 2011, se les da a las comunidades étnicas el carácter de víctima por la violencia histórica que presentan estas poblaciones, clasificándolas de la siguiente manera:

- Comunidades indígenas: agrupaciones homogéneas que comparten creencias, tradiciones y cosmogonías propias vinculadas al territorio, como representación de lugares sagrados, donde se llevan a cabo rituales. Se organizan según esquemas tradicionales, autoridades definidas y mecanismos de control social.
- Afrocolombianos: Concepto de carácter eminentemente político, utilizado con el fin de reivindicar o destacar la ancestría africana.
- Comunidades Negras: conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres.
- Palenqueros: comunidad negra del Palenque de San Basilio, en el municipio de Mahates, Bolívar, cuentan con un dialecto propio producto de la mezcla entre lenguas africanas y el castellano.
- Raizales del Archipiélago de San Andrés y Providencia: cuentan con un dialecto propio y con prácticas culturales y religiosas cercanas a la cultura antillana e influencia anglosajona en el Caribe.
- Afrodescendientes: agrupa la comunidad humana, en tanto científicamente se reconoce que desciende de África. Por afrodescendientes se denota a todos los grupos identificados como negros, morenos, zambos, trigueños, niches, prietos (9).

Por su parte, la identidad de las comunidades ROM es descrita en el Decreto 2957 de 2010: “Se es Rom o Gitano por descendencia patrilineal, la cual permite la ubicación de una persona en un determinado grupo de parentesco, configurado fundamentalmente en torno a la autoridad emanada de un hombre de reconocido prestigio y conocimiento, el cual a su vez, a través de diferentes alianzas, se articula a otros grupos de parentesco, en donde todos comparten, entre otros aspectos, la idea de un origen común, una tradición nómada, un idioma, un sistema jurídico la Kriss Romaní, una autoridad, una organización social, el respeto a un complejo sistema de valores y creencias, un especial sentido de la estética que conlleva a un fuerte apego, a la libertad individual y colectiva, los cuales definen fronteras étnicas que los distinguen de otros grupos étnicos” (11).

Sobre las bases de datos Registro Único de Afiliados (RUAF) se encontró un subregistro dado por el uso eficiente de la variable etnia dentro del registro, por lo cual no se estima como una fuente confiable para identificar nacidos vivos y defunciones de la población con pertenencia étnica. Además, se incluyeron datos sobre resultados de la caracterización realizada mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud y registrada en el aplicativo de APS en Línea.

4.2.1. Víctimas del conflicto armado (VCA)

Se entiende por víctimas del conflicto armado a las “personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno” (9).

Para el Distrito Capital se encuentra el decreto 32 de 2011, por el cual se adopta la Política Pública de Salud para la Población Desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá, D.C., que tiene como objetivo garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población desplazada por la violencia que vive en Bogotá, fortaleciendo la respuesta sectorial e intersectorial, en un marco general de equidad, de inclusión social, de reconocimiento de la diversidad étnica, de género y etapas de ciclo vital, de estímulo a la participación social y de garantía de los derechos de las víctimas del conflicto armado interno (13).

Para la fase exploratoria del ASIS Diferencial realizada en el año 2015, se tomó como fuente de información para la caracterización demográfica de la población víctima del conflicto armado en las localidades de la Subred el cruce de bases como el Registro Único de Víctimas (RUV), la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y la APS en línea. Además, se tuvo en cuenta la información de localización en Bogotá de la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno emitida por la Secretaría Distrital de Hacienda.

4.2.2. Personas en condición de discapacidad

El término genérico «discapacidad» se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre una persona que presenta cierta condición de salud limitante y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales) (14). Esta manera de comprender la discapacidad está acorde con la Política Pública Distrital de Discapacidad, la cual asume esta condición como un concepto complejo y multicausal, cuya comprensión requiere la no-adscripción a posturas dicotómicas, unidimensionales y excluyentes, sino la adopción a diversas posturas conceptuales. No alude por tanto a la condición médica de la persona, sino a su relación dinámica con los entornos políticos, sociales, económicos, ambientales y culturales donde encuentran las limitaciones o barreras para su desempeño y participación en las actividades de la vida diaria en estos entornos.(15)

Actualmente, no existe un consenso universal en el significado de esta categoría. La transición que implicó pasar de una perspectiva individual y médica a una perspectiva estructural y social ha sido descrita como el viraje desde un modelo médico a un modelo social, en el cual las personas son consideradas “discapacitadas” por la sociedad más que por sus cuerpos.

La caracterización demográfica de la población en condición de discapacidad en la localidad de Bosa durante la fase exploratoria del año 2015, se realizó a partir de los resultados del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, el cual se implementa a nivel nacional de acuerdo a directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y es operado por el proceso de Vigilancia en Salud Pública.

4.2.3. Persona en ejercicio de la prostitución (PEP)

El decreto distrital 428 de 2013 estableció entre las funciones del despacho de la Secretaría Distrital de la Mujer la de “diseñar el modelo de abordaje de las mujeres heterosexuales, lesbianas, bisexuales y transgeneristas en ejercicio de la prostitución, con enfoque de derechos y de género, y orientar la implementación del mismo por parte de las autoridades competentes en el Distrito Capital (15)”.

Para esta población se encuentra como fuentes de información la Secretaría de Integración Social (SDIS), antes de 2007 Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), la cual ha implementado proyectos de atención para mujeres en ejercicio de prostitución por más de 40 años, aunque en los últimos años han atendido a hombres homosexuales y mujeres transgeneristas.

Para la fase exploratoria realizada en el año 2015 se encontró información relacionada con la ubicación de los establecimientos donde se ejerce la prostitución.

Los lugares de encuentro Sexual de la localidad, a los cuales Sisvea les realiza Inspección Vigilancia y Control, se ubican en las UPZ Bosa Central y Bosa Occidental concentrándose principalmente en la primera. La mayoría de establecimiento en la UPZ Bosa central se ubican en cercanías a la zona de rumba y zonas de comercio de diversa índole ubicándose estratégicamente para poder ser ubicables y accesibles, caso diferente de un establecimiento que se encuentra lejos de zonas de rumba, pero cercano a varias micro empresas de carpintería, talleres y a unos ejes comerciales del Municipio de Soacha.

El Lugar de encuentro sexual de la UPZ Bosa Occidental se ubica en un corredor vial muy importante de esta UPZ, el cual a su vez también es un eje comercial y de micro empresas muy importante del sector.

4.2.4. Ciudadano Habitante de Calle (CHC)

De acuerdo a la Ley 1641 del 12 de julio de 2013 en su artículo 2, se define habitante de la calle como la “Persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar” (19). A su vez, la política pública distrital asume la habitabilidad en calle desde dos perspectivas: “Ciudadanas y Ciudadanos Habitantes de Calle transitorios: La persona que haya permanecido por tres (n: 3) o más meses y hasta un (n: 1) año en situación de calle será considerada persona habitante de calle transitoria y será sujetos de medidas de atención integral, reducción de riesgos y mitigación del daño, superación e inclusión social. Ciudadanas y Ciudadanos Habitantes de Calle permanentes: Se considerará habitante de

calle permanente aquella persona que haya permanecido por más de un año en situación de calle con factores de permanencia y reincidencia arraigados” (18).

El 21 de diciembre de 2015 se expide el Decreto 560 "Por medio del cual se adopta la Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle y se derogan los Decretos Distritales Nos 136 de 2005 y 170 de 2007"(18), cuyo objetivo es “re significar el fenómeno de la habitabilidad de calle en Bogotá, por medio de la implementación de acciones estratégicas integrales, diferenciales, territoriales y transectorial, orientadas al mejoramiento de la convivencia ciudadana y la dignificación de los ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle, en el marco de la promoción, protección, restablecimiento y realización de sus derechos, que contribuyan a su inclusión social, económica, política y cultural, así como a la protección integral de las poblaciones en riesgo de habitar la calle” (18).

El fenómeno de habitabilidad en calle en la localidad de Bosa, aunque es menor en comparación con otras localidades, se percibe como una problemática social que debe ser abordada por la institucionalidad en articulación con actores comunitarios y privados, donde el desarrollo de actividades se convierte en la ruta de acción como respuesta de la territorialización de la política pública. En Bogotá D.C se reportaron por censo (2011) 9.614 personas que habitan en la calle en situación de segregación y exclusión social, de las cuales en la localidad de Bosa habitan 88 Ciudadanos Habitantes de Calle, en su mayoría el principal factor de permanencia está relacionado con la cercanía a familiares y con accesibilidad a sustancias psicoactivas.

En la localidad el fenómeno de la habitabilidad de calle presenta características particulares que lo hacen diferente frente a otras localidades, ya que la mayoría de ciudadanos cuentan con red de apoyo dentro de la localidad, con factores de expulsión relacionados por el consumo de sustancias psicoactivas y de violencia intrafamiliar. Por lo tanto, es relevante dentro de las lecturas de análisis de factores de permanencia tener en cuenta las particularidades señaladas alrededor del contexto familiar, dado que producen dinámicas territoriales favorables para la permanencia de los ciudadanos en la localidad, debido a que pueden acceder fácilmente al suministro de alimentos, recursos económicos, medicinas, ropa entre otros.

4.2.5. Recicladores, Carreteros y Pequeños Bodegueros (RCPB)

Los recicladores de oficio son una parte de la economía informal, conformada por hombres, mujeres y niños que trabajan recogiendo, clasificando, reciclando y vendiendo materiales que se desechan. La mayoría de ellos viven y trabajan en vertederos municipales de basura en condiciones de pobreza o miseria (20). Además de su informalidad, el reciclaje se caracteriza por ser un proceso intensivo en cuanto a mano de obra, realizado a pequeña escala y con un bajo nivel tecnológico. En muchos casos, la actividad es llevada a cabo por individuos y grupos familiares de poblaciones vulnerables y en desventaja, que dependen de esta para su subsistencia diaria. Los recicladores se han organizado de acuerdo con lo definido en el artículo 15 de la ley 142 de 1994.

Respecto a la caracterización demográfica de la población diferencial recicladora, carretera y pequeños bodegueros, se encontraron las siguientes fuentes de información, según la fase exploratoria del ASIS Diferencial realizado en el año 2015: el Registro Único de Recicladores de Oficio, y la caracterización de la población recicladora de oficio en Bogotá realizados por Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (Uaesp) en el año 2012.

4.2.6. Género y Nuevas Masculinidades

Los roles de género se entienden como el conjunto de normas de comportamiento culturalmente transmitidas que atribuyen al ser hombre o ser mujer, determinadas características y funciones en una sociedad. La sociedad mayoritaria presenta fuertes rasgos patriarcales, al asignar privilegios de manera desigual a hombres y mujeres en todos los ámbitos de la vida cotidiana: en el hogar, en el ámbito laboral y en el espacio público. Esta distribución de privilegios pone en desventaja a las mujeres en el acceso a oportunidades, y se traduce en situaciones de violencia y/o de abuso de poder sistemáticas donde son ellas las víctimas. Por otra parte, los roles de género imperantes, excluyen gran cantidad de opciones identitarias que no se ciñen a los parámetros establecidos; las personas que integran dichas opciones, tanto hombres como mujeres, son objeto de discriminación y vulneración de derechos en su vida cotidiana.

Implementando el enfoque de género, durante esta vigencia se intentó caracterizar las experiencias relacionadas con nuevas masculinidades. Este concepto alude a hombres que construyen su identidad masculina sin restringirse a las normas de comportamiento, actitudes y maneras de relacionamiento que los roles de género imperantes estiman propios de los hombres. Sin embargo, no fue posible incluir el análisis de esta población, debido a la falta de fuentes de información que permitiera identificarlos en el territorio de la localidad.

4.2.7. Población LGBTI

Para comprender los criterios de adscripción a los diferentes subgrupos que conforman a la población LGBTI, resulta útil entender la articulación entre los conceptos de sexo y género, lo que se ha denominado como “sistema sexo – género” (13).

La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995) adoptó el concepto de género definiéndolo como “la construcción social y cultural que se le asigna al individuo con base a su sexo biológico, este se representa desde la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones del género como la vestimenta, los modos de comportamientos, habla e interacción de las personas”(21). Mientras, el sexo es considerado como el conjunto de características biológicas que definen a los seres humanos como mujeres y hombres, que se encuentran determinados por aspectos cromosómicos (genes), gonadales (ovarios o testículos), hormonales, de las estructuras reproductivas internas (útero, próstata y conductos) y de los órganos sexuales externos (vulva o pene) (13).

En la conceptualización que caracteriza a la población LGBTI se encuentran las siguientes definiciones (13): “La letra L se refiere a las personas lesbianas, se hace referencia a personas, y no mujeres, porque el concepto y categoría mujer es más complejo de lo que parece, dado que la categoría de mujer la define aspectos asociados a lo biológico y al género que más adelante se aclararan. La letra G se refiere a gay u homosexual, para este caso, se refiere a los “hombres” que sienten un deseo erótico-afectivo por otros “hombres”. La letra B a bisexual, una persona que siendo “hombre” o “mujer” siente un deseo homo o hetero afectivo por ambos sexos, es decir que puede crear relaciones afectivas y sostener relaciones sexuales con uno u otro sexo. La letra T, se refiere a las personas transgeneristas,

su condición no la determina su orientación sexual ni su sexo, solo su identidad de género, transgenerismo. La letra I, se refiere a intersexualidad, y es determinada por el sexo biológico, no por la orientación sexual ni por la identidad de género" (13).

Para esta población se cuenta con el decreto 608 de 2007 y acuerdo distrital 371 de 2009: política pública para la garantía plena de los derechos de las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas (LGBT) y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital. Su objetivo es garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas de los sectores LGBT. Vale la pena aclarar que una gran cantidad de personas con características descritas por las definiciones de esta población no se identifica ni se registra como tal, ya sea por desconocimiento, por temor a ser discriminados, o porque no quieren pertenecer a estos grupos. Así mismo, se cuenta con el decreto 645 de 2017 del Plan de Desarrollo Distrital.

Como fuentes para la identificación de la dinámica demográfica en la localidad de Bosa se tomaron los resultados de la encuesta multipropósito de Bogotá del año 2014. Se encontró información aproximada, producto de los datos de caracterización del programa Territorios saludables, a partir de la APS en línea y las bases de canalización del mismo programa, con desagregación en niveles territoriales de salud, UPZ y Localidad.

Durante los ejercicios de cartografía participativa en las mesas Lgbti de la localidad se evidencio que la distribución de residencia de la población es muy heterogénea en las cinco UPZ localizándose mayoritariamente en barrios de estrato 2 y en muy bajo margen en el estrato 1. Los lugares de trabajo se ubican en zonas comerciales muy cercanas a los lugares de residencia, para el caso de los habitantes que residen y a su vez laboran en la localidad, permitiéndoles tener un mínimo desplazamiento que les dé un grado de seguridad al evitar la exposición al resto de la población con el propósito principal de evitarse discriminaciones y hasta agresiones.

En relación a los lugares seguros que percibe la población se ubican en sus mismos lugares de trabajo, en las organizaciones sociales que se enfocan en esta población y que a su vez esta los reconoce; mientras que los lugares que perciben como inseguros se ubican en

cercanías a lugares donde la comunidad percibe seguridad y lugares de vivienda, siendo muy marcado esta última en los barrios san Bernardino y villa Ema.

Respecto a los sitios de encuentro de la población Lgbti en Bosa se limitan a las zonas de rumba principal de la UPZ Bosa Central, específicamente en Piamonte y Bosa centro donde existen bares especializados en la atención específica a esta población.

4.3. CONTEXTO DEMOGRÁFICO DE LAS POBLACIONES DIFERENCIALES Y DE INCLUSIÓN

Para brindar el contexto demográfico de las poblaciones diferenciales de la localidad, se parte de la identificación de información sobre las mismas a partir de las bases en salud. Cabe aclarar que la consolidación de la información integra las distintas fuentes disponibles propias del sector salud, lo que permitió obtener muestras de dichas poblaciones filtrando las variables de población diferencial incluidas en las bases de datos actuales. La calidad de los datos así obtenidos lleva a cuestionar el nivel de avance en la adopción del enfoque diferencial en los sistemas de información en salud, pues muchas veces no se tienen en cuenta estas variables o no son diligenciadas a pesar de que existan.

La variable que se halló con mayor frecuencia fue la de pertenencia étnica (desagregado en indígena, afrodescendientes, Raizales, Palenqueros, ROM – Gitano), algunas bases incluían variables de población como víctimas del conflicto armado, discapacidad, habitante de Calle, persona en ejercicio de prostitución, LGBTI. La base que incluía variables con mayor alcance para identificar población diferencial fue la base APS en línea, seguido por los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública. Los sistemas para las estadísticas vitales mostraron en cambio un menor alcance debido a faltantes de información y a limitaciones de las variables de la base que se limitan a indagar sobre la pertenencia étnica, dejando por fuera las demás poblaciones diferenciales estudiadas. En el caso de la PCD y VCA se contrastó la información con fuentes alternas. La primera con el registro de localización y caracterización de población en condición de Discapacidad desde VSP fuente primaria para el sector salud y

el segundo a partir de los datos proporcionados por el Sistema de Información para las VCA, derivado del registro único de VCA para el Distrito Capital.

El presente análisis de categorías demográficas para poblaciones diferenciales se estructuró a partir de la información recopilada en la implementación de la Atención Primaria en Salud, según resultados acumulados a Julio de 2016. Debe aclararse que dicha estrategia solo incluyó a las familias con estratificación baja (estratos 1 y 2, algunas excepciones en el estrato 3), por lo cual debe considerarse como una muestra significativa más representativa de la población local. Luego se realiza la búsqueda de las poblaciones diferenciales en las bases de Estadísticas Vitales. A continuación, se plantean los resultados de la notificación a los subsistemas de vigilancia en salud pública, incluyendo el registro y localización de las personas con discapacidad. Por último, se retoman los datos del Sistema de Información para las VCA.

4.3.1. Caracterización de la atención primaria en salud

La base de datos obtenida mediante el proceso de caracterización de la estrategia de Atención Primaria en Salud permitió incluir las variables para la identificación de las poblaciones diferenciales, durante la última administración. La estrategia priorizó la población clasificada dentro de los estratos socioeconómicos bajos (1 y 2) durante su implementación desde el 2004 hasta mediados del 2016. Para el caso de la localidad de Bosa la población priorizada llega al 83 % del total de la población aproximadamente.

No obstante, esta base muestra algunos obstáculos para caracterizar adecuadamente a las poblaciones diferenciales, pues los datos que arroja no son consistentes del todo con la realidad local. Se tomaron como oficiales los datos que resultaron de la descarga desde el aplicativo en línea, la cual contiene el acumulado durante el periodo de implementación de la estrategia. Sin embargo, para las poblaciones particulares que son minorías dentro de las poblaciones diferenciales solo se encontraron datos de la base enviada por Secretaría Distrital de Salud como resultados de la APS para el año 2016.

Tabla 52. Población diferencial caracterizada según sexo y peso porcentual dentro de la población caracterizada, localidad de Bosa, 2016

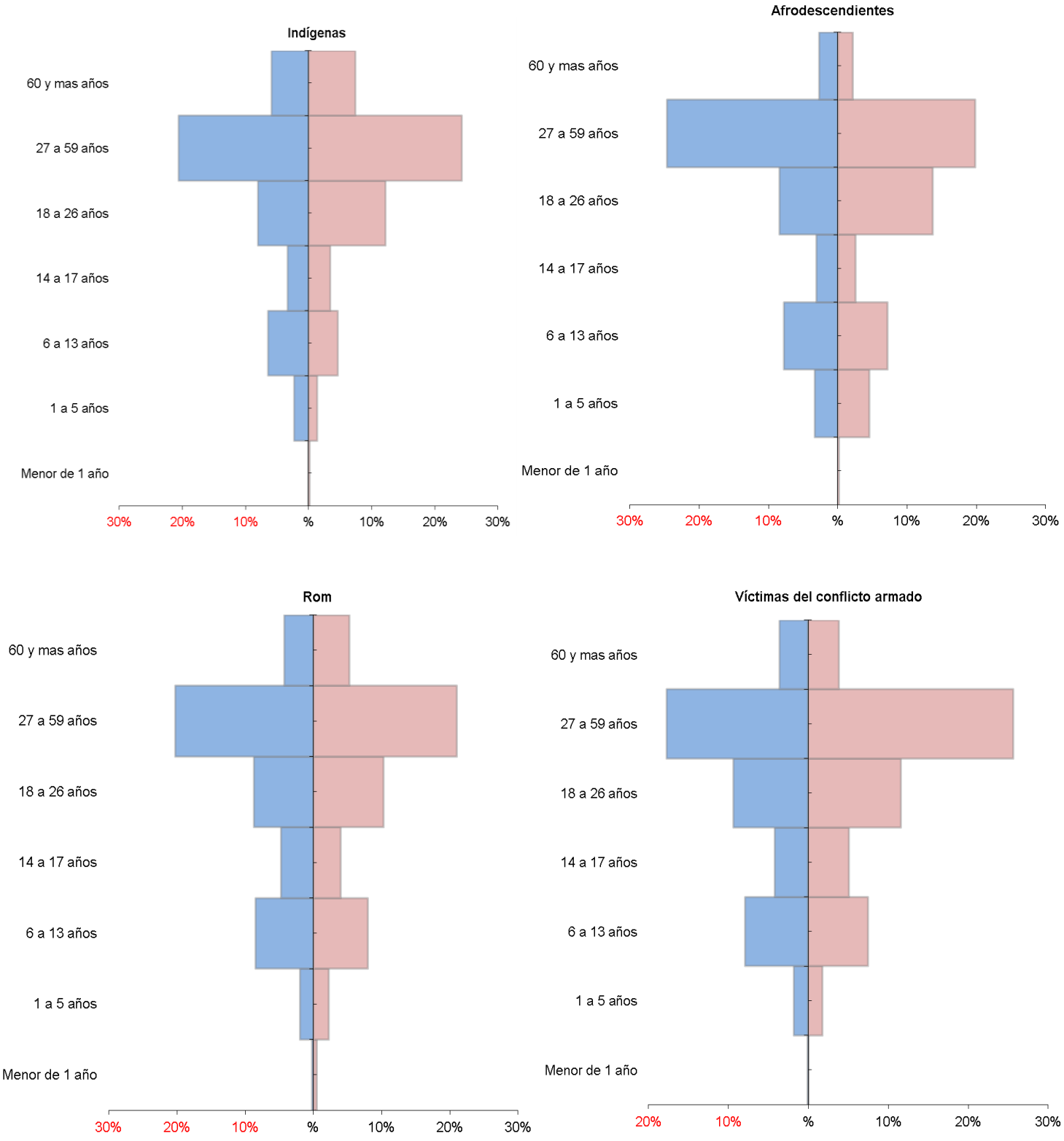
POBLACIÓN DIFERENCIAL	mujer		Hombre		Total	% Población Caracterizada	% Población Local
	Absoluto	%	Absoluto	%			
INDÍGENA	768	53,4	671	46,6	1439	0,25	0,2
AFRODESCENDIENTE	845	55,4	681	44,6	1526	0,26	0,22
ROM	205	51,3	195	48,8	400	0,07	0,06
VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO	3829	55,3	3089	44,7	6918	1,19	0,98
DISCAPACIDAD	3301	2	3185	49,1	6486	1,11	0,91
HABITANTE DE CALLE	132	49,3	136	50,7	268	0,05	0,04

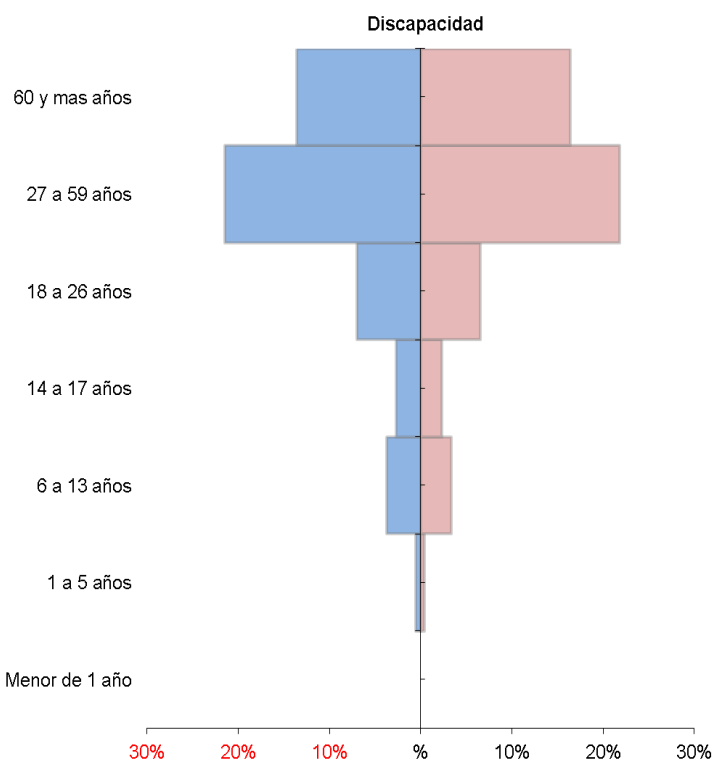
Fuente: Subred Sur Occidente, SDS, Bases APS en línea, Acumulado 2004 -2016, Descarga del 21 de Julio de 2017.

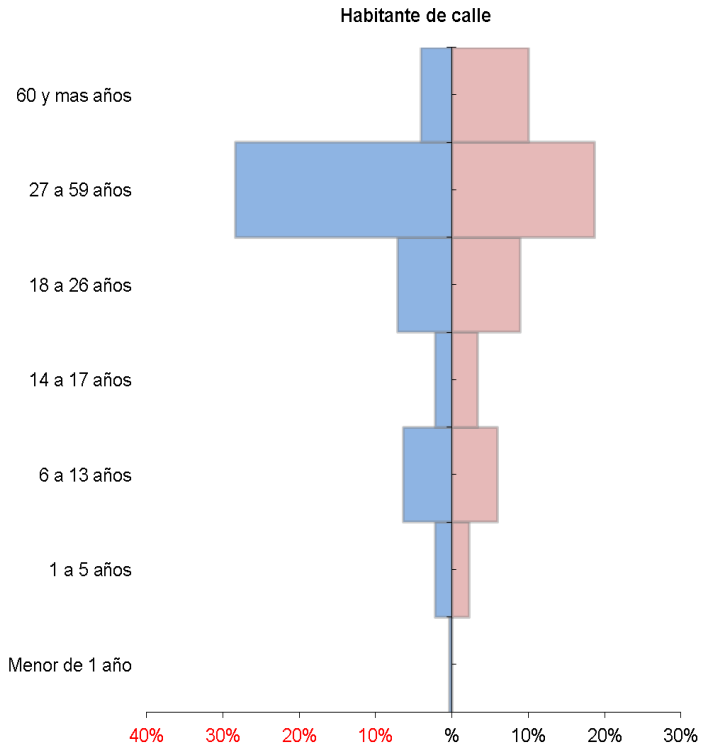
Para esta localidad, las poblaciones con mayor volumen demográfico fueron víctimas del conflicto armado, personas con discapacidad y etnias (afro e indígena). Se incluye la población habitante de calle dentro de este grupo, por su desarrollo en las pirámides poblacionales.

Dentro de este primer grupo de poblaciones diferenciales, las mujeres son las que poblacionalmente representaron un mayor peso, es importante destacar que se observan algunas diferencias en los grupos afrodescendientes y habitantes de calle donde para la adultez (27 a 59 años) el mayor peso es para los hombres; cronológicamente se observa un aumento marcado para ambos sexos tanto para la población indígena y con discapacidad.

Gráfica 56. Pirámides poblacionales caracterizado APS por tipo de población diferencial, localidad de Bosa, año 2016







Fuente: Subred Sur Occidente, SDS, Bases APS en línea, Acumulado 2004 -2016, Descarga del 26 de junio de 2017

Las pirámides muestran un comportamiento regresivo, caracterizándose por tener una mínima población menor de 6 años (solo se da una ligera mayor representación en los afrodescendientes), un ligero mayor peso en la edad 6 a 13 años, siendo mayor de igual forma para los afrodescendientes. Se destaca que la población adolescente representa un menor aporte que la población infantil; por otro lado, el mayor aporte que la población joven hace es para las víctimas del conflicto armado.

Los adultos son los que presentan el mayor peso porcentual para todas las poblaciones. Para el caso de las mujeres, la mayor representación se da para los momentos de juventud y adultez, sobresaliendo el aporte porcentual en el segundo, dentro de las víctimas del conflicto armado.

Este comportamiento denota una disminución de la natalidad para estas poblaciones, así como también se proyecta aumento en la mortalidad representado por el aumento de peso porcentual de la población adulta y vejez.

Tabla 53. Población diferencial caracterizada según sexo y curso de vida, localidad de Bosa, Año 2016

Tipo de población			Raizal	Palenqueros	Ejercicio de prostitución	LGBTI	Reciclador	Carretero	Pequeño bodeguero
0 a 5 años	Mujeres	No.	0	4	0	3	0	2	0
		%	0	8,7	0	2,5	0	18,2	0
	Hombres	No.	0	5	0	0	3	1	1
		%	0	10,9	0	0	1,8	9,1	3,7
6 a 13 años	Mujeres	No.	0	0	0	1	7	0	1
		%	0	0	0	0,8	4,2	0	3,7
	Hombres	No.	0	1	0	0	11	0	1
		%	0	2,2	0	0	6,6	0	3,7
14 a 17 años	Mujeres	No.	4	4	0	4	11	1	3
		%	100	8,7	0	3,4	6,6	9,1	11,1
	Hombres	No.	0	0	2	9	12	1	1
		%	0	0	3,6	7,6	7,2	9,1	3,7
18 a 26 años	Mujeres	No.	0	3	12	42	12	1	5
		%	0	6,5	21,4	35,6	7,2	9,1	18,5
	Hombres	No.	0	4	0	8	5	0	2
		%	0	8,7	0	6,8	3	0	7,4
27 a 59 años	Mujeres	No.	0	11	41	23	56	5	8
		%	0	23,9	73,2	19,5	33,7	45,5	29,6
	Hombres	No.	0	7	1	7	26	0	0
		%	0	15,2	1,8	5,9	15,7	0	0

60 y más años	Mujeres	No.	0	7	0	5	7	0	4
		%	0	15,2	0	4,2	4,2	0	14,8
	Hombres	No.	0	0	0	16	16	0	1
		%	0	0	0	13,6	9,6	0	3,7
Total	Mujeres	No.	4	29	53	78	93	9	21
		%	100	63	94,6	66,1	56	81,8	77,8
	Hombres	No.	0	17	3	40	73	2	6
		%	0	37	5,4	33,9	44	18,2	22,2

Fuente: Subred Sur Occidente, SDS, Bases APS en línea, Año 2016, Envío 05 de Julio de 2017.

En esta última distribución de la población diferencial en la localidad de Bosa se encuentra que, por momentos de curso de vida, la caracterización en el año 2016 refleja un mayor aporte de los momentos de la adultez y la juventud con aproximadamente el 65 %. Al cruzar la variable sexo con momento de curso de vida, la mayor diferencia en la proporción se evidencia de igual forma en estos dos momentos siendo mayor para las mujeres 13,1 % y 24,1 % respectivamente en este orden.

En este grupo de poblaciones, el mayor aporte por tipo lo realizan los recicladores con el 38,8 %, seguido del grupo LGBTI con el 27,6 %, ejercicio de la prostitución con el 13,1 %, Palenqueros con el 10,7 %, pequeño bodeguero 6,3 % carretero 2,6 % y raizal el 0,9 %.

Dentro de cada tipo de población, los mayores aportes se representan así: para la primera infancia es la población carretera, en la infancia para los recicladores, en la adolescencia carreteros, en la juventud población LGBTI; en la adultez personas con ejercicio de la prostitución y en la vejez pequeños bodegueros.

Por sexo en términos generales en todas las poblaciones la mayor proporción son las mujeres, destacando que con más del 50 % de diferencia se encuentra el ejercicio de la prostitución, pequeños bodegueros y carreteros.

4.3.2. Natalidad y Mortalidad

Tratando de llegar a un aproximado de la natalidad y la mortalidad de las poblaciones diferenciales se acudió a las bases de datos de Estadísticas Vitales del año 2016, lo cual corroboró lo encontrado en la fase exploratoria relacionada con el subregistro tanto de Nacidos Vivos, como de las Defunciones. Dentro de las bases consultadas para las poblaciones diferenciales solo se encontró la variable de Etnia desagregada en Indígena y Afrodescendiente para los Nacidos Vivos, con la ventaja de identificar los pueblos indígenas relacionados. Dentro de la base de Defunciones se encuentra la desagregación por los tres pueblos reivindicados por la ley de víctimas y los autos de la corte suprema de justicia.

Tabla 54. Resultados para poblaciones diferenciales de los Nacidos Vivos – NNVV, localidad de Bosa, Año 2016

		NNVV
DISTRITO		98.112
SUBRED		31.114
BOSA		10.041
INDIGENAS	No	8
	%	0,10 %
AFRODESCENDIENTE	No	72
	%	0,70 %
TOTAL	No	80
	%	0,80 %

Fuente: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares. Ajustado 19-01-2017. (Corte 13-01-2017).

Del total de Nacidos Vivos en la localidad, la población indígena y Afrodescendiente ocupó el 0,8 % dentro de los que declararon tener pertenencia étnica. Es de notar, en relación a los casos indígenas presentados se encuentran algunos pueblos que no hacen parte de lo habitual en esta localidad, donde se encuentra uno de los cabildos Muiscas del Distrito Capital. Se encontraron casos en Páez, pueblo que hace parte del comité de etnias de la localidad, 1 caso Nasa con una baja participación, mientras casos como Arhuako de la sierra Nevada de Santa Marta, Awá en los departamentos de Nariño y Putumayo, Guanano es

decir guañaño una etnia que habita el río Vaupés entre los Departamento Vaupés y Amazonas, Miraña, quienes habitan a orillas del río Caquetá en la Amazonía, Waunana ubicados en el bajo San Juan en el Departamento del Chocó.

En cuanto a la Mortalidad, para el año 2016, de acuerdo a la base de defunciones de RUAF, se reportan 21 casos de mortalidad en población étnica, lo que corresponde al 0,8 % de las 2.493 muertes reportadas para la localidad de Bosa. El 61,9 % (13) de los casos se presenta en mujeres y 38,1 % (8) en hombres, la mayor parte de las muertes se presenta en la población Afrodescendientes con el 90,5 % (19 casos), con una mayor concentración en la vejez con el 47,6 % (10), seguido por la adultez con el 33,3 % (7), también se reporta en la juventud y en menores de un año, con un caso cada uno. Asimismo, se presenta una mortalidad en población indígena y otro en población ROM, ambos correspondientes al ciclo vital vejez.

Tabla 55. Defunciones en población étnica por momento del curso de vida y sexo, Bosa, 2016

Grupo étnico	Momento del curso de vida	Mujeres	Hombres	Total
Indígena	Vejez	1	0	1
Negro(A), mulato(A), afro colombiano(A) o afro descendiente	Menor de un año	0	1	1
	Juventud	1	0	1
	Adultez	4	3	7
	Vejez	6	4	10
ROM (Gitano)	Vejez	1	0	1
TOTAL		13	8	21

Fuente: SDS. RUAF ND 2016. Datos preliminares.

En cuanto a las causas, el 49,2 % de los casos se relacionan con enfermedades de tipo crónica como el cáncer, cardiopatías y diabetes. El caso de menor de un año corresponde a un defecto congénito.

4.3.3. Eventos en Salud Pública: Discapacidad y Morbilidad

La discapacidad de la población se estudió a partir de los datos reportados por el registro de localización y caracterización de personas en condición de discapacidad a cargo de Vigilancia en Salud Pública, la cual se clasifica dentro de los eventos no transmisibles.

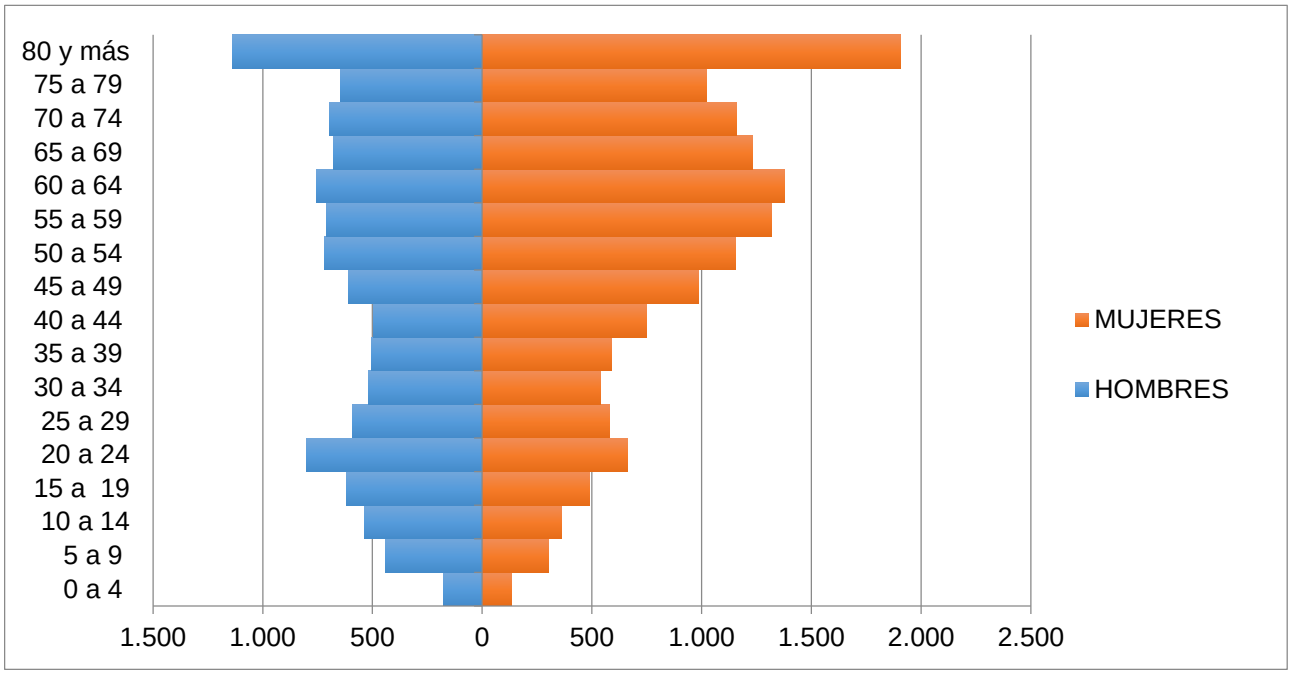
Tabla 56. Población en condición de discapacidad identificada, localidad de Bosa, 2016

Localidad	Caracterización APS	Registro VSP	% atención en salud
BOSA	6.486	22.965	28,2

Fuente: Subred Sur Occidente, APS en línea acumulado 2004 - 2016, Registro VSP Nacional acumulado 2005 – 206, preliminar.

Para efectos del contexto demográfico se tomaron en cuenta los datos de la caracterización APS, llegando a un 28,2 % respecto a lo identificado por el registro VSP, de donde se concluye que este porcentaje recibió algún tipo de atención en salud por parte de los equipos extramurales de la localidad.

Gráfica 57. Pirámide poblacional personas en condición de discapacidad, localidad de Bosa, Registradas entre 2004 – 2016



Fuente General: Secretaría Distrital de Salud, Subred Sur Occidente. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2016; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud, UPSS PABLO VI BOSA (información preliminar 2005-2016). **Ultima fecha de actualización marzo de 2015. Abril- diciembre 2015 y año 2016 Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, información preliminar * Aplica para todas las localidades.

La pirámide poblacional de las personas en condición de discapacidad que residen en la localidad de Bosa muestra una forma completamente invertida por grupos de edad, caracterizada por una base reducida y un pico ensanchado, esto indica que las personas con discapacidad son en su mayoría una población envejecida, esto es consistente con el índice de vejez en donde se identifica que de cada 100 personas con discapacidad 33,6 tienen más de 65 años de edad, por el contrario, de cada 100 Persona con Discapacidad 7,5 son menores de 15 años.

Las mujeres ocupan el 58,3 % dentro de las personas incluidas en el registro, mientras los hombres cuentan con el 41,7 % restante, mostrando que las primeras tienen un mayor riesgo para presentar una discapacidad. Sin embargo, un aumento para ambos sexos a partir de la adultez con un pico en el grupo de 60 a 64 años, que lo sobrepasa en las edades de 80 y más.

Tabla 57. Indicadores demográficos personas en condición de discapacidad, localidad de Bosa, Registradas ente 2004 – 2016

Indicador	Descripcion
Relación Hombre/ mujer	Por cada 100 mujeres con discapacidad hay 73 hombres con discapacidad
Índice de Infancia	Por cada 100 personas con discapacidad hay 7,5 niños y niñas menores de 15 años con discapacidad
Índice de vejez	Por cada 100 personas con discapacidad 33,6 tienen 65 años o más
Índice de Frizz	El índice de Frizz es de 61,36, indicando que la población con discapacidad es mayoritariamente envejecida

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subred Sur Occidente. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2016, preliminar.

Con respecto al sexo se evidencia que entre los 0 y los 29 años de edad el número de hombres es mayor frente al de las mujeres, a partir del quinquenio de 30 a 34 años la proporción de hombres empieza a invertirse encontrando mayor número de mujeres, a medida que pasan los quinquenios esta diferencia es más evidente.

Tabla 58. Distribución personas en condición de discapacidad por UPZ de residencia, localidad de Bosa, registradas entre 2004 – 2016

Distribución por UPZ	No	%
Apogeo (49)	831	3,60
Bosa Occidental (84)	6.949	30,30
Bosa Central (85)	8.122	35,40
El Porvenir (86)	2.628	11,40
Tintal Sur (87)	1.365	5,90
Sin Geo codificación	3.070	13,40
Total	22.965	100,00

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subred Sur Occidente. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2016, preliminar.

Dentro del 75 % de los registros donde se hallaron información sobre la actividad realizada en los últimos 6 meses se encontró que el 20,9 % realizaba oficios del hogar, el 19 % se encontraba trabajando, mientras el 10 % estaba incapacitado permanente para trabajar y sin pensión.

En relación con las alteraciones permanentes en las personas en condición de discapacidad se identificaron con altos porcentajes de afectación en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con el 19,9 %, le sigue del sistema cardiorrespiratorio con el 18,1 %, de los ojos con el 17,3 %. El tipo de discapacidad identificado compromete el desplazamiento por el espacio público, el cual no está preparado para la movilidad de personas con funcionalidad múltiple.

Para el estudio de la morbilidad según atenciones en salud para la población diferencial se obvió las bases de datos RIPS puesto que las mismas no incluyen las variables diferenciales necesarias para analizar el comportamiento de la población que se enferma en la localidad. De esta manera, se tomaron los resultados de la notificación realizada a los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública teniendo en cuenta, tanto las bases distritales dispuestas en el 2015, como las bases locales para lo ocurrido en el 2016. Se encontró que la variable Etnia tuvo un desarrollo integral dentro de los subsistemas contando con desagregaciones para las tres comunidades revindicadas por los autos de la corte suprema de justicia. De otro lado, la variable que menos se encontró fue en relación con los sectores LGBTI con su integración en 3 de los 8 subsistemas consultados. Dentro de los subsistemas que menos variables diferenciales presenta se encuentra el SISVAN tanto en menores como en gestantes.

Tabla 59. Morbilidad en Salud Pública para comunidades étnicas, localidad de Bosa, año 2015 – 2016

Subsistema	Total, notificaciones	Indígenas		Afrodesdenciente		Raizales		Palenquero		Rom gitanos		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SIVIGILA	8177	13	0,16	33	0,4	10	0,12	1	0,01	19	0,23	76	0,93
SISVESO	2210	8	0,36	17	0,77	3	0,14	4	0,18		0	32	1,45
SISVECOS	1189	9	0,76	12	1,01	0	0	1	0,08	1	0,08	23	1,93

SISVAN MENORES	20805	12	0,06	61	0,29	5	0,02	0	0	39	0,19	117	0,56
SISVAN GESTANTES	17747	28	0,16	183	1,03	71	0,4	0	0	17	0,1	299	1,68
SIVELCE	2196	0	0	11	0,5	1	0,05	0	0		0	12	0,55
SIVIM	4822	4	0,08	7	0,15	0	0		0	0	0	11	0,23
VESPA	3000	30	1	32	1,07	0	0	2	0,07	2	0,07	66	2,2

Fuente: SDS. Base Sivigila, Sisvan Gestantes, Sivelce, Sivim, Vespa, 2015. Subred Sur Occidente. Bases Sisveso, Sisvecos, Sisvan Menores, 2016.

Dentro de las notificaciones realizadas a los subsistemas de VSP se encontraron datos relacionados con los pueblos indígenas. Desde Sivigila se identificaron 13 casos donde los principales eventos se relacionan con la varicela individual con 7 casos, seguido de la vigilancia integrada de la rabia humana con 3 casos y la sífilis gestacional con 1 caso. En el Sisveso se encontraron 22 casos donde Gingivitis con 7 casos y Mancha blanca con 4 casos se ubicaron en los primeros lugares. Le siguen en menor notificación Sisvecos con casos de ideación e intento, Sisvan con bajo peso gestacional, Sivim con violencia emocional, violencia sexual y negligencia. El Vespa identificó 30 casos con personas pertenecientes a los pueblos indígenas.

Tabla 60. Morbilidad en Salud Pública para población diferencial, localidad de Bosa, año 2015 – 2016

Subsistema	Total, notificaciones	Lgbti		Personas en condición de discapacidad		Víctimas del conflicto armado		Habitantes de calle	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SIVIGILA	8177		0	7	0,09	17	0,21	9	0,11
SISVESO	2210		0	5	0,23	9	0,41	2	0,09

SISVECOS	1189	17	1,43	14	1,18	19	1,6	1	0,08
SISVAN MENORES	20805		0		0	556	2,67		0
SISVAN GESTANTES	17747		0		0	415	2,34		0
SIVELCE	2196	5	0,23	1	0,05	0	0	2	0,09
SIVIM	4822	9	0,19	92	1,91	272	5,64	2	0,04
VESPA	3000		0	4	0,13	101	3,37	89	2,97

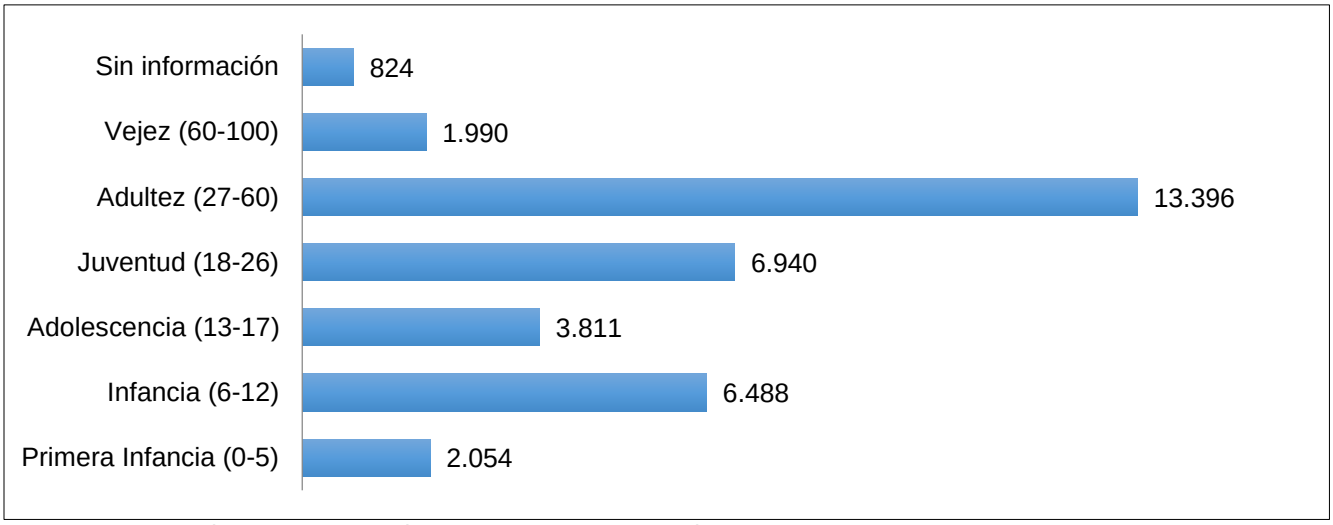
Fuente: SDS. Base Sivigila, Sisvan Gestantes, Sivelce, Sivim, Vespa, 2015. Subred Sur Occidente. Bases Sisveso, Sisvecos, Sisvan Menores, 2016.

Para la población Afro, la notificación llega a 33 casos en el Sivigila, donde la varicela individual vuelve a ocupar el primer lugar con 13 casos, seguido por tuberculosis con 5 caso y vigilancia de la rabia humana con 4 casos. El Sisveso encontró 36 eventos para esta población donde la gingivitis con 13 casos y la lesión mancha blanca con 6 casos ocuparon las primeras posiciones. En menor medida, se encontró la notificación al Sisvecos con 12 casos por ideación e intento, Sisvan con 15 por bajo peso gestacional, Sivelce con 5 casos con la mayoría por accidente de tránsito. El Sivim con 14 casos donde predomina la violencia emocional, la violencia sexual y la negligencia. El Vespa reportó 32 casos de consumo problemático de SPA.

4.3.4. Sistema de información para víctimas - SIVIC

El Sivic es el sistema de información para las víctimas del conflicto en Bogotá, hace parte de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor, en la administración de Alta Consejería para los derechos de las víctimas, la paz y la reconciliación. Acceder a esta información fue posible a través de la articulación del proceso de Gobernanza en Salud Pública.

Gráfica 58. Víctimas del conflicto armado por momento de curso Vital, localidad de Bosa, 2017



Fuente: Alta Consejería Distrital para las víctimas, la paz y la reconciliación, SIVIC, Acumulado septiembre de 2010 – abril de 2017.

Según datos del SIVIC, donde en el acumulado de personas, en la localidad de Bosa se encontraban 35.503 víctimas del conflicto armado. De las cuales el 56 % eran mujeres y el 44 % Hombres. Se presentaron casos de Intersexuales con un porcentaje de 0,07 % entre las víctimas. Por curso vital, la adultez tiene mayor peso porcentual, similar al comportamiento general de la población local. Le sigue, la juventud y la infancia. La cantidad de personas mayores se encuentra por debajo de la población en la primera infancia.

Para las víctimas que afirmaron tener pertenencia étnica se encontró un peso porcentual del 7 %. Donde 1.560 pertenecen a las comunidades negras, mulata, afrocolombianas, 1.002 son Indígenas, 11 Palenqueros, 1 Raizal y 2 ROM.

Tabla 61. Población Víctima del Conflicto Armado Identificada, localidad de Bosa, 2016

Localidad	Caracterización APS	Registro SIVIC	% atención en salud
BOSA	6918	35467	19,5

Fuente: Subred Sur Occidente. APS en línea, acumulado 2004 – 2016. Alta Consejería Distrital para las Víctimas del Conflicto Armado, Sistema de Información para la Víctimas, Acumulado 2010 – 2017.

Al contrastar los datos obtenidos por medio de la caracterización de APS con los datos reportados por el Sivic se encuentra que desde las acciones extramurales en salud se han logrado atender con algún tipo de actividad o servicio al 19,5 % de las víctimas del conflicto armado registradas con residencia en la localidad.

Tabla 62. Resumen de la distribución demográfica según caracterización y registro en salud de la población diferencial Local, Bosa, año 2016

Población diferencial y general	Bosa	%	Subred
Indígena	1.439	64,90	2.216
Afrocolombiano	1.526	41,20	3.704
Rom – gitano	400	40,00	1.001
Palenquero	46	38,30	120
Raizal	4	14,80	27
Total, etnia	3415	48,30	7.068
Discapacidad	22.965	25,80	89.001
Víctima del conflicto armado	35.467	45,80	77.460
Habitante de calle	268	28,60	937
Personas en ejercicio de la prostitución	56	31,80	176
Reciclador	166	34,70	479
Carretero	11	7,90	140
Pequeño bodeguero	27	27,80	97
Lgbti	118	57,00	207
Población diferencial local	62.493	36,40	168.497

Fuente: Subred Sur Occidente, Caracterización APS acumulado 2005 – 2015, Resultados 2016 preliminares, Registro en salud No transmisibles: Discapacidad acumulado 2005 – 2016. Registro SIVIC, Política en salud para las Víctimas del Conflicto Armado. Acumulado Sep. 2010 – abril 2017.

Para obtener una aproximación a un estudio demográfico para poblaciones diferenciales la búsqueda de fuentes estuvo enfocada a la información suministrada por los sistemas de salud de rutina nacional, distrital y de Subred en las localidades que la integran. Siendo así, para una caracterización general se tomaron las bases APS en línea, de dónde fue posible graficar la distribución de la población a partir de pirámides poblacionales. De la caracterización general de la población, se encontró que las víctimas del conflicto armado son las que aportan un mayor peso en la población de las localidades Bosa y Kennedy.

En el grupo de las etnias, en todas las localidades de la Subred la población Afrodescendiente llegó a ocupar los primeros lugares, la localidad con un mayor aporte poblacional por parte de los Afros fue Fontibón, luego Bosa, Kennedy y Puente Aranda.

4.4. RELACIÓN DE LAS POBLACIONES DIFERENCIALES CON EL TERRITORIO

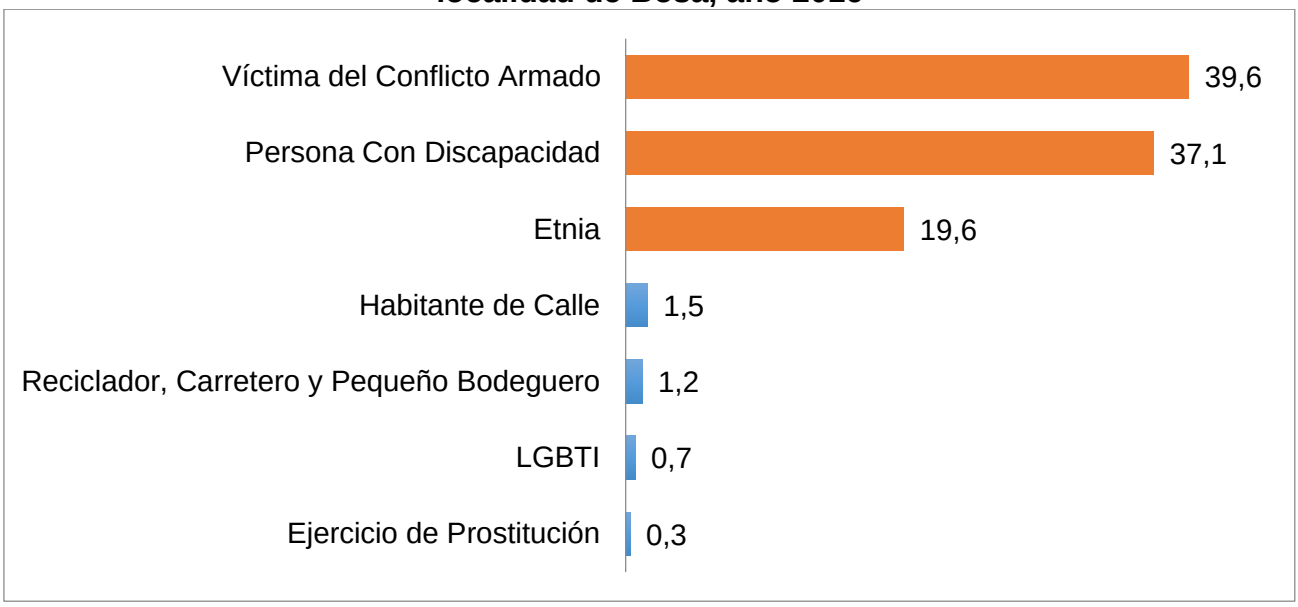
El presente apartado tiene como finalidad mostrar la distribución espacial de los asentamientos humanos conformados por las poblaciones diferenciales identificadas en este ejercicio, de acuerdo a su tamaño, grado de concentración, etc. (17). De esta manera, se identificaron los factores de la distribución de la población diferencial en la localidad de Bosa, teniendo en cuenta aspectos físicos, históricos, políticos, sociales y económicos (18), para determinar la forma como la población ocupa el territorio local.

En un primer momento se hizo una contextualización de las poblaciones a nivel local, mediante la descripción cualitativa de los datos recopilados en la anterior fase de caracterización demográfica. Para luego, dar lugar a una georreferenciación que permitiera ilustrar la situación espacial de las poblaciones priorizadas para el ejercicio las cuales se han seleccionado debido al mayor volumen poblacional que ocupan dentro de la localidad. Este momento será posible a partir de la gestión de bases de datos con información de las poblaciones seleccionadas que cuenten con variables de ubicación. A partir de esto, se realizará el análisis de las relaciones espaciales de las poblaciones abordadas.

Para obtener los datos demográficos se consultaron diversas fuentes propias del accionar en salud. A pesar del subregistro en las mismas o de la ausencia de variables poblacionales en los formatos y bases de datos se encontró como principal fuente de información los resultados de la caracterización realizada por la estrategia de Atención Primaria en Salud, la cual, sin embargo, priorizaba la identificación de las familias más desprotegidas de cada localidad, por lo tanto, no constituye el universo de la población en el territorio.

La base de caracterización APS sirvió para obtener los datos cuantitativos de las poblaciones diferenciales en las localidades, salvo para poblaciones como discapacidad, quienes cuentan con un registro oficial realizado por Vigilancia en Salud Pública, y Víctimas del Conflicto Armado, que gracias a la gestión de las políticas se obtuvieron los datos consolidados por el Sivic, a cargo de la Alta Consejería Distrital para las Víctimas.

Gráfica 59. Proporción de las poblaciones diferenciales según volumen demográfico, localidad de Bosa, año 2016



Fuente: SISS Sur Occidente, Caracterización Demográfica ASIS Diferencial, Julio de 2017, preliminar.

4.4.1. Víctimas del conflicto Armado

Dentro de la localidad séptima de Bosa habita el 48,3 % de la población diferencial identificada en la Subred Sur Occidente. Según el volumen demográfico entendido como el peso porcentual de cada población según su presencia e identificación en los sistemas de información, para esta localidad, la población que cuenta con un mayor peso porcentual son las Víctimas del Conflicto Armado ocupando el 39,6 % dentro del total diferencial. A su vez, la localidad aloja el 30,5 % de las víctimas que habitan en la Subred.

Durante los últimos años, la localidad se ha caracterizado dentro de los primeros lugares en el Distrito en recibir a la población desplazada por el conflicto interno. Los asentamientos en zonas periféricas de la Ciudad como Bosa, les representan a las familias víctimas del conflicto bajos costos en vivienda y alimentación, pero los expone a otra serie de riesgos:

"La población desplazada vive en condición de emergencia y es la más vulnerable entre las vulnerables. Para acceder al mercado laboral está en desventaja, pues sus habilidades, destrezas y conocimientos adquiridos son de otro ámbito productivo; el desarraigo afectivo, material y social limita sus posibilidades de reconstrucción y desarrollo integral en condiciones dignas y estables. La inasistencia escolar, la inseguridad alimentaria, la falta de acceso a los servicios de salud, la carencia de vivienda y de trabajo son solo algunas de las secuelas." (17)

El caso de Bosa resulta interesante pues por su estratificación socioeconómica predominantemente baja, alberga todo tipo de población vulnerable o en fragilidad social por bajos ingresos, aumentando la complejidad que allí se vive, marcado por un fuerte componente ambiental, a partir de la contaminación de los dos ríos que la recorren y el mal uso de los canales de drenaje, pero además por el componente social donde conviven víctimas y victimarios en el mismo territorio.

La distribución espacial de la población Víctima del Conflicto Armado es uniforme en las 5 UPZ de la localidad, con alguna concentración en la UPZ 84 Occidental y 85 Central. Dentro de los barrios con mayor presencia de la población víctima están San Bernardino II Sector, La Libertad, Ciudadela el Recreo y Brasil II Sector en la UPZ 84, Laureles III Sector en la UPZ 85, por la reciente entrega de Viviendas de Interés Prioritario por parte el proyecto urbanístico parque de Villa Javier. En la UPZ 86, se destacan asentamientos en el barrio Santa Fe y en la urbanización Villa Karen.

De acuerdo con esto, la distribución se encuentra en todos los estratos de la localidad, que van del 1 al 3, ubicándose principalmente en barrios de crecimiento y construcción no reguladas (autoconstrucción y no planificación) donde se destaca que las construcciones de los predios han sido modificadas y/o adecuadas para el albergue de 2 o más núcleos familiares sin espacios adecuados para la convivencia privada de un núcleo familiar. Las

viviendas de interés prioritario se entregan en obra gris, solo con la puerta de entrada. Por las condiciones económicas de las familias se generan condiciones precarias de habitabilidad, hacinamiento, cultura rural instaurada en su habitación, como compartir con animales, exceso de plantas, rayar las paredes, entre otras.

4.4.2. Población en condición de discapacidad

La población que ocupa el segundo lugar con mayor representatividad demográfica en la localidad son las Personas con Discapacidad, con el 37,1 % del total diferencial en Bosa. Respecto a la Subred, representa el 33,4 % de las personas con discapacidad en las cuatro localidades.

Esta población cuenta con una política pública, el decreto 470 de 2007, que reglamenta un sistema distrital para que se organicen todos los sectores e instituciones para atender y proteger las situaciones de vulnerabilidad en esta población, así como en cada alcaldía local en el Distrito; cada Alcaldía local en respuesta a la Política Pública cuenta con un Plan de Acción local de discapacidad que incluye proyectos de inversión como es el caso del proyecto de Banco de ayudas técnicas que no logra impactar el acumulado de necesidades insatisfechas, dadas sus particularidades generadas por las múltiples limitaciones que implica la Discapacidad.

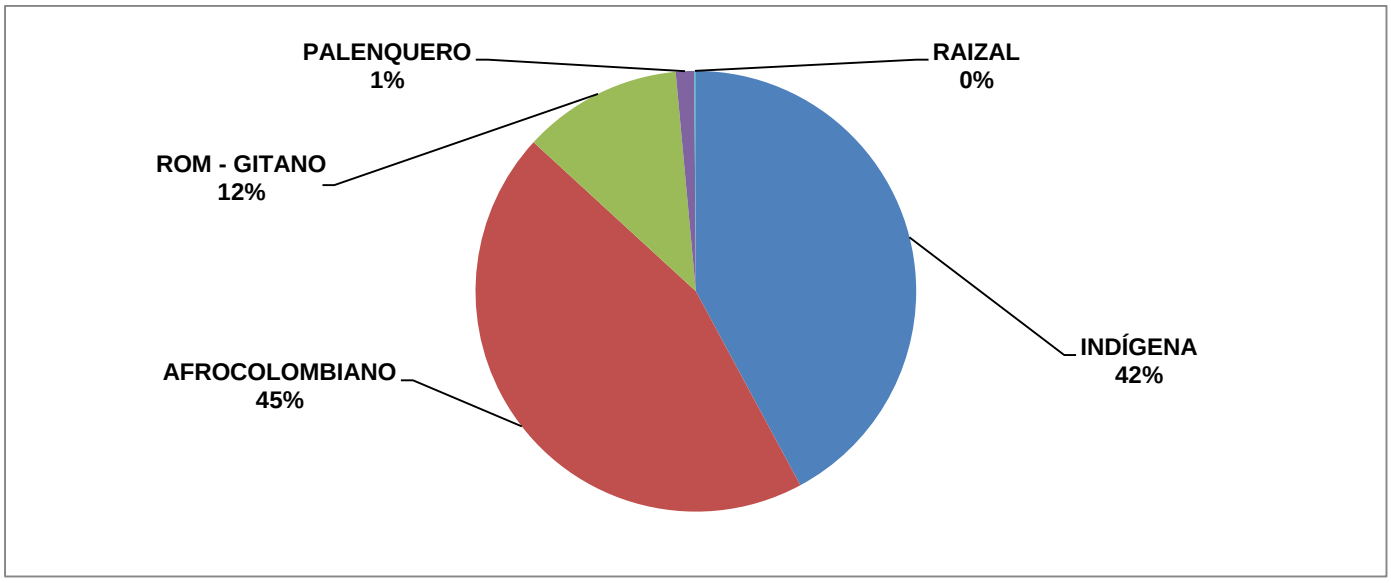
Más aún en localidades como Bosa, que no cuentan con infraestructuras amigables para transitar adecuadamente o su ubicación periférica no favorece el acceso oportuno a tratamientos de rehabilitación ubicados en otras zonas del Distrito. Por otro lado, se reconoce en la localidad una fuerte participación de la población en condición de Discapacidad en diferentes espacios como: el Consejo Local de Discapacidad reglamentado según el acuerdo 505 del 2012 , donde se cuenta con la participación de la sociedad civil a través de 7 representantes de las personas con discapacidad física, mental, cognitiva, visual, auditiva, sordoceguera, múltiple (actualmente para la localidad de Bosa 5 elegidos según decreto 558 de 2015), y la participación a través de organizaciones culturales que reivindican y hacen visibles los derechos, las habilidades, la diversidad funcional y la autonomía de la población con Discapacidad.

Respecto a la población con Discapacidad, en la UPZ Bosa Central la población con discapacidad visual se concentra por el mejor estado de la malla vial, para movilizarse y acceder al transporte. En el barrio Carbonell se han hecho adecuaciones y ahora es más accesible. En la UPZ Porvenir se concentran más en las nuevas proyecto de propiedad horizontal por su accesibilidad, quienes pueden ser pensionados o tienen mejor capacidad de ingresos. Se reconocen sitios como el parque fundacional, la casa de la justicia, el centro crecer de palestina, la casa de la participación y el CDC porvenir cuya infraestructura permite un goce efectivo de los derechos para las personas con discapacidad.

4.4.3. Comunidades étnicas

En tercer lugar, se encuentran las poblaciones étnicas, con el 19,6 % dentro de la población diferencial en la localidad, un porcentaje mucho menor en comparación a la anterior población, pero que reivindica la diferencia pluriétnica y pluricultural propia del país. Sin embargo, la población étnica habitante de Bosa llega a representar el 48 % del total de esta población dentro de la subred.

Gráfica 60. Proporción de las comunidades étnicas según su clasificación, localidad de Bosa, año 2016



Fuente: SISS Sur Occidente, Caracterización Demográfica ASIS Diferencial, Julio de 2017, preliminar.

Según APS, para el año 2016, la comunidad Afro integra el 46 % de la población étnica en la localidad. Mientras en la Subred, representa el 40,9 %, después de Fontibón con el 42 %. Dato que contrasta con la información de la Encuesta Multipropósito de 2014, donde Bosa cuenta con el 18,7 %, siendo la localidad con mayor presencia de Afros en el Distrito(19).

Afro: La categoría afro parte del auto reconocimiento dentro de la tradición y costumbres de los pueblos afrodescendientes, pero en ocasiones, estas variables se diligencian de acuerdo al aspecto de la población que se está caracterizando y omiten realizar la pregunta. En el caso de Palenqueros y raizales la diferenciación es muy puntual producto de su lugar de origen: los primeros pertenecen a las comunidades negras del Palenque de San Basilio en el departamento del Bolívar y los segundos provienen del Archipiélago de San Andrés y Providencia.

Las comunidades Indígenas ocuparon el 42 %, llegando a representar el 64,9 % dentro del total de población étnica de la Subred. La tradición Indígena en la localidad cuenta con amplios antecedentes, pues es el pueblo Muisca es poseedor ancestral del territorio local. Debido al poblamiento occidental y a la urbanización acelerada de la Ciudad, el pueblo Muisca se ha refugiado en el cabildo y sus alrededores, ubicado en la UPZ 87 Tintal Sur. En la actualidad, se encuentra en disputa parte del territorio Muisca, puesto que esta zona de la localidad se considera en expansión urbana y ha sido objeto de proyectos de vivienda a gran escala.

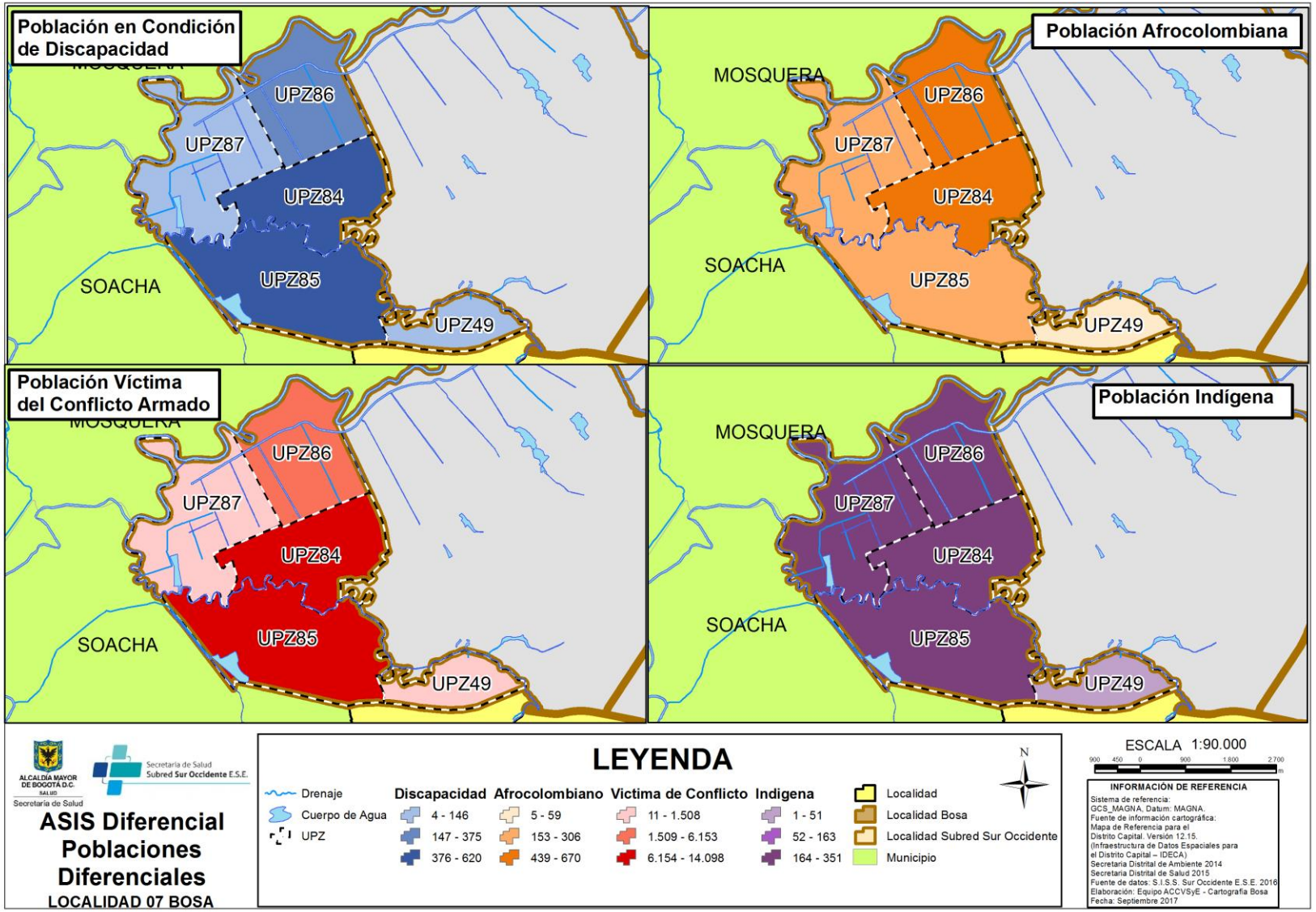
Según recorridos territoriales, en Bosa la población Afro se ha asentado en las UPZ 86 Porvenir y UPZ 87 Tintal Sur. Por lo que se sabe, en esta localidad, los Afro se han unido a los indígenas, tanto en procesos de reconocimiento social, espacios de participación como en compartir la convivencia en el territorio, tal es el caso del barrio San Bernardino. La población Afro en la localidad se reconoce por su actividad productiva relacionada con restaurantes donde se ofrece la gastronomía propia del pacífico, las cuales pueden encontrarse en las zonas comerciales de la UPZ Central.

Indígenas: Los Indígenas pertenecientes al pueblo Muisca se han concentrado en la UPZ 87 Tintal Sur, pues este es su territorio ancestral donde se ubica el cabildo de esta población, no

obstante: cuanto más reducido, mayor concentración y por lo tanto, más segregación (20). Las familias Muiscas han poblado esta zona con viviendas autoconstruidas en predios por legalizar, por lo cual estos barrios aledaños cuentan con problemas de saneamiento básico y acceso a servicios públicos. Las vías se caracterizan por ser destapadas y los lotes baldíos son utilizados para el lavado de costales con el agua del río y la quema de llantas.

Dentro de la Subred, el pueblo Pijao se encuentra concentrado en mayor medida en la localidad de Bosa. De ellos se pueden encontrar algunos en el barrio Laureles UPZ 85 Central y en gran proporción en el barrio la Libertad UPZ 84 Occidental. Esta población cuenta con la presencia de un gobernador a la cabeza de su organización, además ellos realizan actividades productivas alrededor de su tradición gastronómica.

Mapa 8. Distribución espacial de las poblaciones diferenciales priorizadas, localidad de Bosa, año 2016



Las demás poblaciones diferenciales incluidas en el ejercicio presentaron valores porcentuales menores que 1, por lo que se identifican como minorías dentro de las minorías y ameritan un estudio particular de las mismas.

En el caso de los Ciudadanos Habitantes de Calle (0,41 % local) son de especial atención por prioridades de la administración distrital actual. El grupo de recicladores, carreteros y pequeños bodegueros (0,32 % local) ya no cuenta con el despliegue que se le dio en la administración anterior, pero siguen siendo incluidos en las acciones que desarrolla el espacio de Trabajo en la localidad.

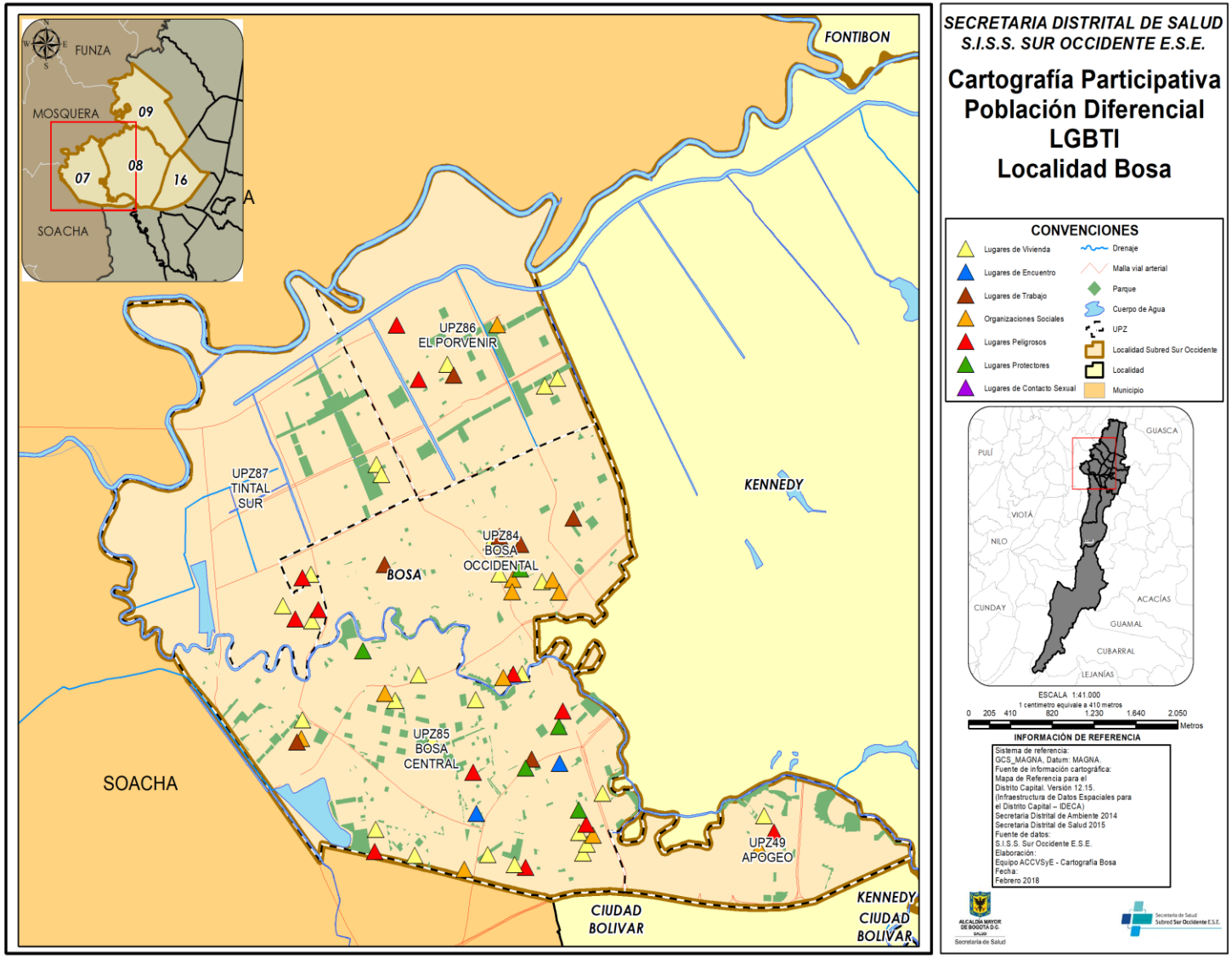
La población de los sectores LGBTI (0,18 % local) y las personas en ejercicio de la prostitución (0,09 local) se les reconoce su vulnerabilidad respecto a la salud sexual y reproductiva, a los procesos identitarios y a los prejuicios sociales que marcan el desarrollo de la autonomía en estas dos poblaciones.

Durante los ejercicios de cartografía participativa en las mesas LGBTI de la localidad se evidenció que la distribución de residencia de la población es muy heterogénea en las cinco UPZ localizándose mayoritariamente en barrios de estrato 2 y en muy bajo margen en el estrato 1. Los lugares de trabajo se ubican en zonas comerciales muy cercanas a los lugares de residencia, para el caso de los habitantes que residen y a su vez laboran en la localidad, permitiéndoles tener un mínimo desplazamiento que les dé un grado de seguridad al evitar la exposición al resto de la población con el propósito principal de evitarse discriminaciones y hasta agresiones.

En relación a los lugares seguros que percibe la población se ubican en sus mismos lugares de trabajo, en las organizaciones sociales que se enfocan en esta población y que a su vez esta los reconoce; mientras que los lugares que perciben como inseguros se ubican en cercanías a lugares donde la comunidad percibe seguridad y lugares de vivienda, siendo muy marcado esta última en los barrios san Bernardino y villa Ema.

Respecto a los sitios de encuentro de la población LGBTI en Bosa se limitan a las zonas de rumba principal de la UPZ Bosa Central, específicamente en Piamonte y Bosa centro donde existen bares especializados en la atención específica a esta población.

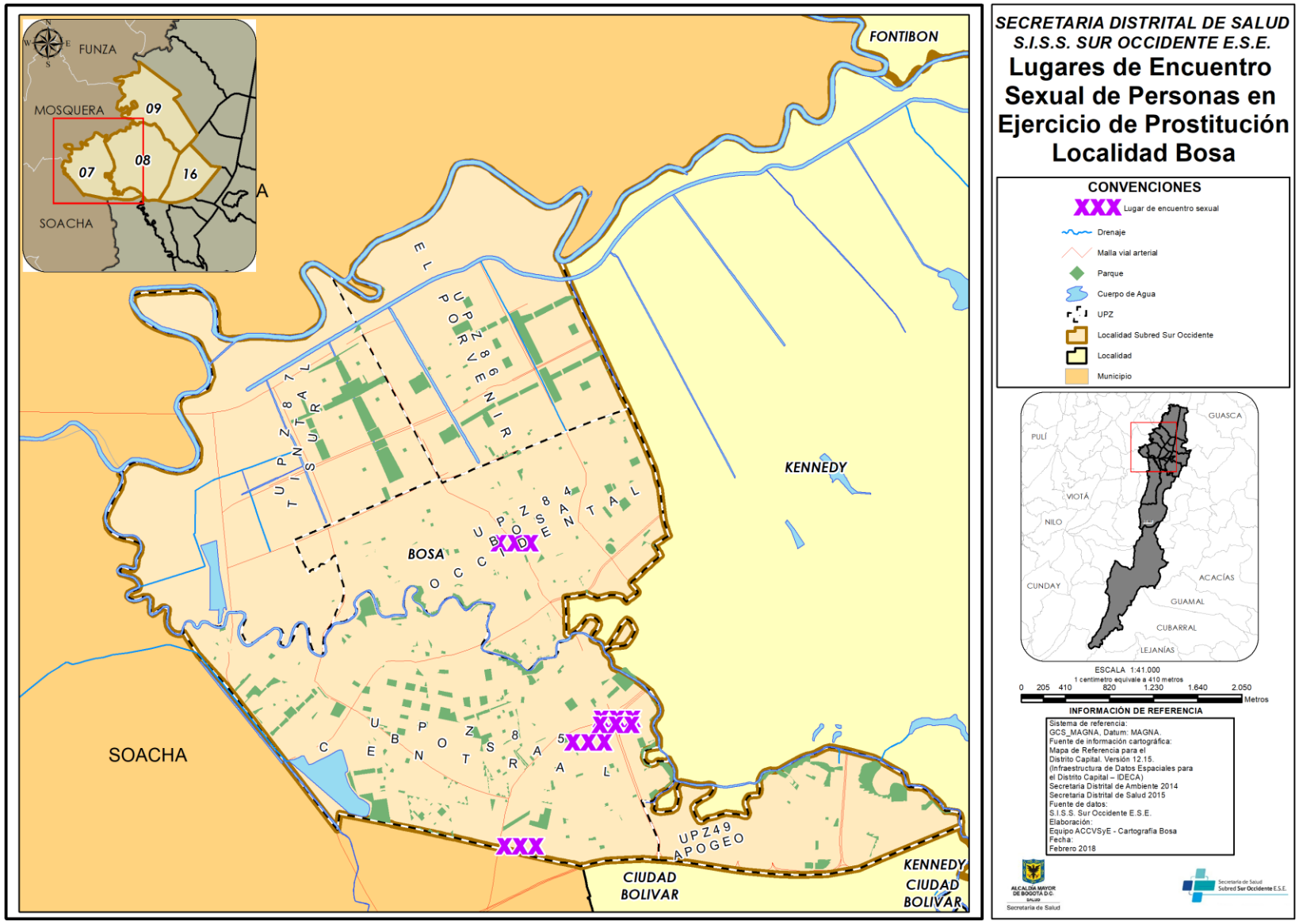
Mapa 9. Cartografía Social población LGBTI, localidad de Bosa, año 2017



Los lugares de encuentro Sexual de la localidad, a los cuales Sisvea les realiza Inspección Vigilancia y Control, se ubican en las UPZ Bosa Central y Bosa Occidental concentrándose principalmente en la primera. La mayoría de establecimiento en la UPZ Bosa central se ubican en cercanías a la zona de rumba y zonas de comercio de diversa índole ubicándose estratégicamente para poder ser ubicables y accesibles, caso diferente de un establecimiento que se encuentra lejos de zonas de rumba, pero cercano a varias micro empresas de carpintería, talleres y a unos ejes comerciales del Municipio de Soacha.

El Lugar de encuentro sexual de la UPZ Bosa Occidental se ubica en un corredor vial muy importante de esta UPZ, el cual a su vez también es un eje comercial y de micro empresas muy importantes del sector.

Mapa 10. Cartografía Social población PEP, localidad de Bosa, año 2017



En definitiva, Bosa por su ubicación en la periferia del Distrito permite el asentamiento de los grupos sociales menos favorecidos, los cuales se localizan en los sectores deteriorados para reducir costos, pero al mismo tiempo, se exponen a riesgo en salud que aumentan su vulnerabilidad. Esto obedece a patrones espaciales que se han identificado en diferentes ciudades de Latinoamérica, donde se da:

"La exclusión a la periferia lejana de los grupos sociales de menores ingresos debido al alto costo del suelo urbano dentro de la ciudad "consolidada" (…) La segregación de los sociales más desfavorecidos alcanza niveles metropolitanos o regionales (…) La expansión discontinua de la mancha urbana más allá de sus límites histórico (ciudad difusa) a donde también se han trasladado los grupos sociales que ocupan los niveles altos de la estratificación social" (20).

Esto quiere decir que Bosa se ha convertido en un territorio socialmente homogéneo, donde conviven poblaciones con diversas características que han hallado su lugar y su modo de expresión en el territorio.

4.5. CONDICIONES DE VIDA Y DETERMINANTES

Para comprender las condiciones de vida y determinantes de las poblaciones diferenciales se realizaron unidades de análisis con los referentes de Gobernanza, así como gestores y profesionales de los espacios de vida vivienda, público y laboral que realizan intervenciones con las poblaciones diferenciales y de inclusión. Para este ejercicio se partió de la metodología PASE, la cual ha servido de guía orientadora para la elaboración del capítulo 2 y 6 del presente documento. Para la identificación de las condiciones de vida y determinantes diferenciales se abordaron desde una perspectiva de las dimensiones para el desarrollo humano.

En esta medida, el estudio se basó en describir las múltiples condiciones a las que están expuestas las personas que requieren un enfoque diferencial para su inclusión y no discriminación garantizando la calidad de vida y salud desde la complejidad de la realidad social. Estas dimensiones son: poblacional desde el estudio demográfico, la dimensión

ambiental que vincula lo natural y lo construido en el territorio, la dimensión socio – cultural, la dimensión económica y Político administrativa.

Como complemento se presenta un análisis a modo de aproximación a los procesos de determinación social de las poblaciones diferencial y en inclusión con la estructura de determinantes proximales, intermedios y estructurales como los escenarios donde se genera la desigualdad frente al ejercicio de los derechos. Lo que se manifiesta es una brecha social de segundo nivel, que separa a las poblaciones diferenciales dentro de las poblaciones vulnerables con alto riesgo para la discriminación y la exclusión social, por encima de las poblaciones menos favorecidas y la distancia que las separa de las poblaciones más favorecidas con mejores condiciones para la vida.

Pero la complejidad es diferencia pura y se expresa de múltiples formas. Dentro de las poblaciones diferenciales, la posición social adquiere otras maneras de expresión, en sus caras resiste la diversidad de cosmovisiones que buscan una explicación del mundo desde distintos puntos de vista, que establecen su relación con la naturaleza y con el entorno que los rodea. En las ciudades, la convivencia se hace cada vez más tensionante, debido a factores que es posible prevenir mediante una gestión del riesgo que integre el enfoque diferencial en las intervenciones promocionales y preventivas en salud.

Ambiente natural: El cabildo Muisca como poseedor del territorio ancestral se ha ubicado en la UPZ 87 Tintal Sur. Para el Distrito son predios que hacen parte del crecimiento urbanístico. Su cercanía a los ríos Tunjuelo y Bogotá exponen a las viviendas y las familias al riesgo de inundación, además de vectores y olores molestos, donde se da la acumulación de basuras. La gobernadora del cabildo expresa que no se conservan los sitios sagrados, tanto humedales, como ríos, trayendo a la discusión la cosmovisión Muisca sobre la relación del hombre con la naturaleza. Por su tradición indígena, cercana a la ruralidad conviven cerca de animales domésticos y mascotas.

Las personas con discapacidad reconocen un ambiente con alta contaminación: La calidad del aire, las basuras y residuos mal dispuestos, los olores molestos que afectan el sistema respiratorio. Siendo el transporte público única opción para la movilidad para las personas con discapacidad, aunque genere gran emisión de gases contaminantes.

Para la localidad de Bosa se identificaron 32 parches y 96 cambuches ubicados en lotes abandonados, humedales (Tibanica y la isla), puentes y parques comunales de los barrios de Nuevo chile, Olarte, La Paz, argelia, Manzanares (Humedal Tibanica), Laureles, El Progreso, Primavera, San Pedro, El Corso; Villa del Rio, Porvenir, Jose Antonio Galan, San Judas, Holanda II, Bosa Centro, La Florida, Bosa Santafe, Clarelandia, San Bernardino, El Regalo, La Cabaña, Bosa La Estación, La Alameda, San Jose, Argelia, Nueva Granada, San Eugenio, Olivos y San Pedro. Siendo estos los espacios más utilizados para el consumo de sustancias psicoactivas, siendo el bazuco la sustancia de mayor consumo, seguido de la marihuana, el pegante y el alcohol.

Las personas en ejercicio de la prostitución que residen en la localidad, prefieren ejercer en otras localidades por el rechazo social y moralizante de su ocupación, por ello, se presentan dificultades para la movilidad por mal estado de las vías de acceso y tráfico excesivo en algunas horas del día o con restricción de horarios. Además, por el ambiente de los lugares donde se ejerce, se exponen al humo del cigarrillo.

Para las personas LGBTI se resalta su convivencia con las mascotas. De otro lado, los recicladores generan contaminación por mal manejo de las basuras. Sus viviendas se encuentran en zonas de alta segregación, con calles sin pavimentar y dificultades para el acceso a servicios públicos y sociales. Exposición a vectores y olores fastidiosos.

Ambiente construido: En las zonas periféricas, con ubicación del cabildo Muisca las vías se encuentran sin pavimentar. Las viviendas parten de lo autoconstruido, con uso de materiales no favorables para la protección de la vivienda. Las personas con discapacidad se ven afectadas por el mal estado de las vías, la falta de ramplas para el acceso a sitios públicos, al igual que la inseguridad en las vías. Las víctimas del conflicto armado se consideran poblaciones flotantes, se hospedan por temporadas en casas que funcionan como inquilinatos de bajo costo. Los habitantes de calle usan los parques y lotes baldíos en donde se aprovecha para consumir y pasar la noche, es por esto, que los puntos de consumo producen dentro de las dinámicas comunitarias segregación espacial y exclusión hacia el habitante de calle, en la medida que se reproducen categorías de “miedo, violencia, atraco, mendicidad, desaseo”, en conclusión zonas de miedo para la comunidad.Las viviendas de

los recicladores cuentan con una infraestructura deficiente, con dificultades para acceder a servicios públicos.

La contaminación auditiva generada por el exceso de ruido afecta a las personas en ejercicio de prostitución, por las características de los establecimientos comerciales donde se ejerce, con habitaciones sin las condiciones de salubridad, con exposición al consumo de sustancias psicoactivas. Las personas de los sectores LGBTI manifiestan problemas de discriminación por rechazo. Los eventos públicos en parques y zonas comunes cuentan con una participación concurrida de personas Transgeneristas, Lesbianas y Gays.

Social: La comunidad Muisca habla de la perdida de las creencias, la población étnica ha adaptado sus hábitos, formas de pensar, de vestir a los modelos occidentales ocasionando el olvido de las prácticas tradicionales de cada pueblo. Las parteras continúan siendo un rol que se resiste a desaparecer.

Dentro de las culturas étnicas persiste el machismo a pesar de los espacios que han ganado las mujeres con pertenencia étnica como en el caso de las mujeres afro y las sabedoras muiscas. Las personas con discapacidad expresan que no cuentan con programas de estimulación temprana para identificación de posible discapacidad desde los primeros años de vida. Los programas educativos no tienen una continuidad, pues al culminar la primaria, no se oferta en los demás niveles educativos. Los profesionales de las instituciones no se encuentran capacitados en lengua de señas u otros protocolos para la atención diferencial, así mismo, no se ofrece educación para cuidadores de las personas con discapacidad.

En las víctimas del conflicto armado se encuentran problemas de hacinamiento, no hay auto reconocimiento como víctima y todas las implicaciones psicosociales que esto conlleva, se consideran población flotante puesto que debido a su inestabilidad laboral se están desplazando dentro de la localidad y la ciudad. La población se expone a la revictimización, debido a los largos trámites que deben realizar para ser consideradas oficialmente por el Estado como VCA.

En el transcurso para acceder a los beneficios de la ley de víctimas, las personas buscan cualquier tipo de ocupación para generar ingresos, con deficiente acceso a servicios de salud

y una alta prevalencia de violencia intrafamiliar. En la localidad los ciudadanos habitantes de calle se reconocen por pernoctar en cambuches como viviendas no prototípicas, localizados en sitios públicos se convierten en lugares de rechazo y discriminados por la comunidad, se apartan de las lógicas normales del hábitat, del residir, del permanecer en armonía con el entorno, dada la utilización de basuras y escombros que usan los habitantes de calle para su construcción convirtiéndose en múltiples señalamientos de ser una fuente que impacta negativamente el ecosistemas como sucede en el Humedal Tibanica

Las personas en ejercicio de la prostitución se ven involucradas en riñas y actos violentos por el ambiente que se maneja en los sitios donde se ejerce la prostitución. Actualmente, se encuentra el fenómeno del desplazamiento de personas extranjeras provenientes en su mayoría de Venezuela, quienes acaparan la oferta encontrando sitios exclusivos con mujeres venezolanas. Se da el consumo de sustancias psicoactivas y malas prácticas por hábitos saludables.

Las personas de los sectores LGBTI son víctimas de agresión física y emocional, en el espacio público se manifiesta el rechazo por las identidades de género diversas. Muchas de las personas de los sectores vienen de familias disfuncionales de las que son excluidas, con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, prácticas riesgosas para la transformación del cuerpo y para la sexualidad.

Los recicladores cuentan con problemas para acceder a los servicios públicos debido a la ilegalidad de los predios donde habitan. Además de las barreras de acceso a los servicios públicos, también presentan baja adherencia a los controles en salud. Conforman familias numerosas y extensas. Presentan un bajo nivel educativo y en muchos casos deserción, con prevalencia de violencia intrafamiliar en las mujeres, violencia sexual y negligencia en la infancia, mientras se da el abandono en la vejez.

Económico: Debido al dominio de la cultura occidental se ha dado el cambio de prácticas al interior de las etnias. La adaptación a otros estilos de vida se expresa en el paso de la agricultura a la construcción como oficio más frecuente. Las familias afrocolombianas pueden llegar a ser numerosas y extensas conviviendo en viviendas en espacios reducidos. En

algunos casos se presentan riñas y alteraciones del orden público derivadas del consumo de sustancias psicoactivas.

Las personas con discapacidad dependen económicamente en su mayoría, de empresas familiares, ventas ambulantes, ventas por catálogo o del cuidador que labora y devenga un salario, aquellas que tienen alguna formación o experiencia, se encuentran vinculadas a empresas privadas en cargos como operarios y persisten las barreras para acceder a la productividad y empleabilidad por no contar con experiencia profesional o falta de garantías para desarrollar sus labores y esto se agrava aún más cuando son mujeres las que buscan emplearse en el sector público o privado. A pesar de tenerse un acuerdo local (002 de 2007) son mínimas las oportunidades que tienen las personas con discapacidad de la localidad.

En las víctimas del conflicto armado es normal que la ocupación se encuentre en el sector informal, las oportunidades de la educación para el trabajo son escasas para la oferta de jóvenes de la localidad que ingresan a la fuerza productiva, optando como primer medio de trabajo las prácticas del reciclaje.

Los ingresos del habitante de calle provienen del reciclaje o la mendicidad. En las personas en ejercicio de la prostitución en la localidad no ejercen en la calle, sino en establecimientos comerciales, donde además se da la venta y consumo de sustancias psicoactivas. En los sectores LGBTI es frecuente que homosexuales y transgeneristas se ocupen en peluquerías o en el ejercicio de la prostitución. Las ofertas laborales excluyen a las personas con una identidad de género diferente por su apariencia. El oficio del reciclaje produce bajos ingresos, lo coarta la satisfacción de las necesidades básicas, agudizando las desigualdades.

Político administrativo: La homogeneidad de condiciones que ha generado la desigualdad en Bosa ha propiciado la construcción de un tejido social fuerte entre las comunidades étnicas. A pesar de las barreras de acceso de diferentes programas, se reconoce el empoderamiento y priorización que se le ha dado a estas comunidades. En la localidad es baja la participación de personas con discapacidad y desconocimiento de la política pública.

A las víctimas del conflicto armado no se les dan las garantías que ofrece la ley de víctimas, en ocasiones las ayudas muchas veces no llegan. Para habitante de calle se han reducido

las intervenciones para el beneficio de esta población, en quienes se identifica el desconocimiento de sus derechos. No se identifican instituciones que les permitan a las personas en ejercicio de la prostitución el acceso a programas para generar otras opciones para la generación de ingresos. Los sectores LGBTI cuentan con una baja participación de las organizaciones sociales en los espacios locales, sin embargo, hay un mayor reconocimiento de la población Transgénero que habita y es visible en la localidad. En los recicladores son pocas las organizaciones que los agremian para recibir beneficios.

Determinación social de las poblaciones diferenciales: Dentro de los determinantes estructurales se identifica la pobreza, el conflicto interno que genera el desplazamiento forzado, no hay corresponsabilidad en temas relacionados con la salud, sistemas educativos con proyectos pedagógicos que no incluyen el enfoque diferencial, falta de oportunidades laborales y de acceso a la educación superior. Amplias distancias para acceder a servicios especializados, disponibilidad y oportunidad para la atención de los sectores sociales.

Se ha dado una reducción de la oferta de servicios para población diferencial, falta de capacitación en enfoque diferencial a funcionario. El factor económico tiene una fuerte incidencia en el acceso a los servicios sociales. No hay una amplia oferta de servicios de salud mental en estas localidades. Se requiere ampliar los procesos de educación en promoción y prevención. Se recomienda un aumento en la cobertura de vacunación para el tétano en la población de recuperadores ambientales. La población que se encuentra ocupada en el sector informal no cuenta con vinculación en seguridad para riesgos laborales. El bajo nivel de ingresos económicos de las familias con población diferencial donde el abandono y negligencia aumento la incidencia de personas vulnerables en oficios precarios.

Dentro de los determinantes intermedios y proximales se encuentra la falta de oportunidad para el acceso a los servicios de salud, barreras de acceso por autorizaciones, desplazamientos, disponibilidad de agendas. Desconocimiento de algunos funcionarios sobre el nuevo modelo de atención en salud y el portafolio de servicios de la Subred. Reducción en insumos (vacunación) que requiere la población de recuperadores ambientales. En las localidades se expresan índices de violencia general muy altos y una escasa oferta porque no se ofrecen servicios de psicología. En la población que se encuentra en el sector informal, los accidentes de trabajo no son notificados y se clasifican como eventos generales.

Se presenta malnutrición por déficit en población infantil étnica y víctimas del conflicto armado por el cambio en las dietas producto del desplazamiento y la adaptación al espacio urbano. Estilos de vida inadecuados y hábitos poco saludables como el consumo problemático de sustancias psicoactivas. No se cuenta con protocolos para la atención diferencial en salud teniendo en cuenta las particularidades y necesidades de la población diferencial. Problemas de afiliación en salud, inatención a las consultas en salud o el desconocimiento de la oferta. Se presenta un alto porcentaje de caries en la primera infancia y la infancia.

4.6. NECESIDADES EN SALUD

Como se pudo presentar en el apartado anterior, las condiciones de vida de las poblaciones diferenciales, determinan las posibilidades que ellas tienen frente a la garantía de derechos y la construcción de calidad de vida desde las escasas oportunidades que les brinda su realidad. Esta dificultad para acceder a todo tipo de oportunidades para el desarrollo humano es un común denominador al abordar a las poblaciones diferenciales, por lo que se da la impresión que el hecho diferenciador fuese la vulnerabilidad misma, generada por la deuda histórica, la discriminación y el prejuicio social.

Siendo así, lo que ha demostrado el análisis de los contextos particulares donde se desarrollan las poblaciones diferenciales con el seguimiento en sus asentamientos locales, su distribución geoespacial, el volumen demográfico que ocupan dentro de las categorías diferenciales y sobre la población en general. Llegar a la identificación de algunos grupos permanentes que es posible analizar desde eventos vitales básicos como el nacimiento, mientras surgen los grupos emergentes producto del desarrollo social urbano, cuya clasificación aún no se incluye de manera adecuada en los diferentes sistemas de información.

El ejercicio de la autonomía al límite de las oportunidades es una voz que han adoptado las poblaciones diferenciales como la deuda socio histórica del Estado que debe prevalecer sobre los menos favorecidos. Los determinantes sociales muestran como a la base de la

posición social de las poblaciones diferenciales se encuentra una tradición de discriminación estableciendo relaciones de poder que excluyen o fragmentan la sociedad, posible de palpar a través de las condiciones críticas de sus asentamientos, donde sus condiciones límite desafían los propósitos de una ciudad desde la igualdad para el alcance de la calidad de vida y salud.

Desde el sistema social el acceso al derecho a la salud se muestra complejo para las poblaciones diferenciales. Es un tema común encontrar situaciones de desprotección por ingreso a los servicios de salud. La relación con el sistema de salud en general no es satisfactoria, por costumbres ancestrales, por disponibilidad de tiempo, barreras en la movilidad y la infraestructura del espacio público. Por conflicto del auto reconocimiento en cuanto a su pertenencia étnica o su proceso de identidad sexual.

El desarrollo de las necesidades en salud se organiza a partir de los riesgos en salud pública identificados, los cuales se plantean desde las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública. Las comunidades, colectivos, sectores, poblaciones que ameritan una atención diferencial por su pertenencia, condición, situación, orientación, ocupación se plantean desde las múltiples dimensiones en salud: salud ambiental, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud y ámbito laboral. No se encontró información de emergencias relacionadas con la población diferencial. La población diferencial se muestra de manera transversal en las dimensiones de la salud pública.

4.6.1. Comunidades étnicas: afro (afrodescendientes, raizales y palenqueros), indígenas (todos los pueblos) y Rom - gitanos

Salud ambiental (ambiente sano): según la lectura de necesidades del 2015, las Comunidades indígenas - MUISCA: Contaminación del Tunjuelo y Bogotá, proliferación de plagas (ratas, zancudos, cucarachas), rellenos ilegales de escombros, invasión de lotes baldíos y presencia de aguas estancadas. Las condiciones ambientales han cambiado su actividad productiva principal, la cual por tradición era la agricultura. Además, a partir de la clasificación como zonas de expansión urbana, los Muiscas han perdido la propiedad sobre el territorio ancestral.

Convivencia social y salud mental: de acuerdo al Sivim, para el 2015 se recibieron 9 notificaciones de personas con algún tipo de pertenencia indígena donde predomina la violencia emocional, luego la negligencia y finalmente la violencia sexual. Según el Sisvecos, se notificaron 9 casos con pertenencia étnica relacionados en su mayoría con el intento suicida. El Vespa registró un total de 30 notificaciones que involucraban personas con pertenencia étnica con consumo problemático de SPA. Vale la pena destacar que este es la mayor notificación presentada por los sistemas de VSP identificadas dentro de los pueblos indígenas en la localidad.

Para las poblaciones Afrodescendientes el Sivim recibió 22 notificaciones relacionadas con violencia emocional, por negligencia, violencia sexual y 1 caso de violencia física. El Sisvecos notificó 12 casos en población Afro relacionada con ideación suicida, intento y amenaza. El Vespa notificó 32 casos de consumo problemático de SPA en población Afro. El Sivelce identificó 5 notificaciones donde la población Afro estuvo involucrado en eventos de accidente de tránsito, violencia común y delito sexual. Para los Raizales se identificó 1 caso reportado al Sivelce sobre violencia común. En Palenqueros se notificó 1 caso al Sisvecos sobre amenaza suicida y 2 casos de consumo problemático de SPA notificados al Vespa. En el pueblo ROM Gitano de igual forma se presentó 1 notificación por ideación suicida y 2 casos de consumo problemático de SPA.

Según la lectura de necesidades del 2015, El pueblo Pijao se reconoce como víctima del conflicto armado que los ha hecho desplazarse a la ciudad presentando problemas de adaptación por el desarraigo. Las comunidades Afro mencionan la discriminación existente principalmente en el espacio educativo, por parte de compañeros estudiantes con la complicidad de profesores y administrativos.

Seguridad alimentaria y nutricional: El Sisvan identificó dos casos de bajo peso gestacional en gestantes con pertenencia indígena, mientras subió a 15 casos de bajo peso gestacional en población Afro. Se notificaron 5 casos de bajo peso gestacional en población Raizal y 4 casos en Población ROM Gitanos.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: Según la lectura de necesidades de 2015, las poblaciones étnicas comparten con las víctimas del conflicto armado la no

adaptación a modelos tradicionales de salud sexual y reproductiva, por lo cual se presenta las necesidades de una atención diferencial en gestantes y lactantes a partir de modelos interculturales de medicina.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: El Sivigila identificó 13 notificaciones realizadas por personas con pertenencia indígena donde el principal evento se relaciona con varicela individual, seguido de vigilancia integrada de la rabia humana, sífilis gestacional, hepatitis A y enfermedad diarreica aguda por rotavirus. Para la población Afro se identificaron 33 notificaciones con eventos relacionados con varicela individual, tuberculosis, vigilancia integrada de la rabia humana, infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada, bajo al nacer, mortalidad perinatal y neonatal tardía, morbilidad materna extrema, defectos congénitos, exposición a flúor, lesiones por artefactos explosivos, intoxicación por plaguicidas y dengue. La población Raizal se identificó en 10 casos notificados relacionados con varicela individual, mortalidad materna extrema, tuberculosis, lepra, sífilis gestacional. La población Palenquera encontró 1 notificación relacionada con varicela individual. La población ROM Gitana llegó a 19 casos notificados relacionados con varicela individual, tos ferina, vigilancia integrada de la rabia humana, defectos congénitos, mortalidad por VIH/SIDA, Chikungunya, bajo peso al nacer e intoxicaciones.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: El Sisveso reportó 22 casos notificados por personas con pertenencia indígena, donde los principales eventos se relacionan con caries cavitacional, gingivitis, lesión por mancha blanca y lesión por mancha café. Por población Afro se recibieron 36 notificaciones relacionadas con gingivitis, caries cavitacional, lesión de mancha blanca, fluorosis y lesión de mancha café. Los Raizales presentaron 5 notificaciones en eventos de gingivitis y caries cavitacional. Los Palenqueros llegaron a 8 notificaciones a este subsistema, siendo el que recibió mayor número de casos de esta población, relacionado con caries cavitacional, gingivitis, lesiones de mancho blanca y mancha café. La lectura de necesidades de 2015 se refiere a la inexistencia de programas específicos para el desarrollo de personas mayores y en condición de discapacidad.

Salud y ámbito laboral: A partir de las lecturas de necesidades del 2015, los Muiscas han accedido a formación académica y profesional que los ha permitido ingresas al trabajo formal

con ofertas en su gran mayoría trabajan fuera de la localidad, lo cual implica largas jornadas de traslado de su casa al trabajo y de vuelta. En la localidad, se desempeñan en oficios propios e independientes tales como: venta de leche de cantina, artesanías, medicina ancestral, plantulados de hortalizas, comidas, tiendas de barrio, mini mercados, misceláneas, ornamentación, expendios de licor y mujeres que trabajan en el servicio doméstico sin remuneración. Los Afro en la localidad se caracterizan por su vulnerabilidad económica a raíz de una falta de escolaridad que los incluye en su mayoría en el sector informal, desempeñando trabajos con altas condiciones riesgosas para la salud, tales como ventas ambulantes de arepas, restaurantes de pescado, cevicherías, peluquerías.

4.6.2. Discapacidad

Salud ambiental (ambiente sano): Las personas con discapacidad registradas por VSP en la localidad de Bosa expresaron que los lugares donde encuentran mayores barreras para desarrollar su autonomía están en el espacio público, identificados en calles, vías, andenes, aceras, parques, plazas, estadios, teatros, iglesias, paraderos, terminales, tiendas y centros comerciales. Seguido a esto, las barreras se encuentran en la vivienda en espacios como pasillos, patios, escaleras, baños, sanitario, sala comedor y dormitorios. En menor medida reconocer barreras en las instituciones con mayor reconocimiento de centros de salud, centros educativos y lugares de trabajo.

Convivencia social y salud mental: El Sivim identificó 191 notificaciones relacionadas con personas con discapacidad, donde después de la violencia emocional, se encontró la negligencia, el abandono, la violencia física y sexual, la violencia económica. El Sisvecos recibió 14 notificaciones con un mayor número relacionado con la ideación suicida. El Vespa encontró 4 notificaciones de consumo problemático de SPA en personas con discapacidad.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: El Sivigila mostró 7 notificaciones relacionadas con personas con discapacidad involucradas en eventos de vigilancia integrada de la rabia humana, varicela individual y sífilis congénita.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: De acuerdo al registro de VSP discapacidad, en la localidad de Bosa, la proporción de personas con discapacidad según el curso de vida se encuentra en la adultez con el 35,7 %, la vejez con el 26,1 %, la juventud con el 13,6 %, la infancia con el 9,8 %, la adolescencia con el 8,8 % y la primera infancia con el 6,1 %. En la adultez, el órgano más afectado tanto en hombres como en mujeres es el movimiento por el compromiso en brazos, piernas y manos, luego el sistema nervioso, los ojos para los hombres y el sistema cardiorrespiratorio y defensas para las mujeres en tercer lugar respectivamente. En la vejez, de nuevo el movimiento, brazos, piernas y manos en ambos sexos, luego el sistema cardiorrespiratorio y defensas, y en tercer lugar el sistema nervioso. En la juventud, el más afectado es el sistema nervioso, luego el movimiento en brazos, piernas y manos, y los oídos en tercer lugar para ambos sexos. En la infancia, el órgano más afectado se encuentra asociado al sistema nervioso, luego el movimiento en brazos, piernas y manos para ambos sexos. Igual comportamiento se encuentra en la adolescencia y la primera infancia.

La dificultad permanente que presentó mayor compromiso en la primera infancia se relaciona con pensar, memorizar, relación con personas y entorno, cambiar y mantener posición del cuerpo. En la infancia igualmente pensar y memorizar, relación con personas y entorno, hablar y comunicarse. En la adolescencia, de nuevo pensar y comunicarse, relación con personas y entorno, hablar y comunicarse. En la juventud, persisten las dos primeras dificultades de los anteriores cursos vitales, aunado a llevar, mover objetos con las manos. En la adultez, la dificultad permanente se relaciona con caminar, correr, saltar, cambiar y mantener posición del cuerpo, llevar mover objetos con las manos. En la vejez, las dificultades permanentes se relacionan con las que aparecen en la adultez. El Sisveso recibió 13 notificaciones de personas con discapacidad donde el principal evento se relaciona con la caries cavitacional, seguido de la gingivitis.

4.6.3. Víctimas del conflicto armado

Salud ambiental (ambiente sano): Según la lectura de necesidades del 2015, las víctimas del conflicto armado resaltan problemas de adaptación a las condiciones urbanas por su tradición que proviene de la ruralidad y el campesinado, por lo cual se instauran en viviendas

en hacinamiento donde conviven con mascotas. La contaminación en los alrededores de las viviendas expresa la necesidad de promover programas de recuperación de entornos físicos y promoción de la agricultura urbana.

Convivencia social y salud mental: El Sivim identificó 492 notificaciones relacionadas con personas víctimas del conflicto armado, clasificadas en su gran mayoría como violencia emocional, derivada de los hechos victimizantes que ameritan una atención psicosocial inmediata en estos casos. Le siguen casos de negligencia, violencia sexual y física, abandono y violencia económica. Las personas víctimas del conflicto armado con asentamiento en la localidad que participan en espacios locales expresan la inseguridad que viven por amenazas que contra la vida de líderes como una réplica del conflicto interno en el escenario urbano.

Seguridad alimentaria y nutricional: El Sisvan muestra un grave panorama para la seguridad alimentaria y nutricional de las víctimas del conflicto al encontrar 76 notificaciones por bajo peso gestacional, problemas de baja talla para edad en menores de 5 años, desnutrición global en menores de 5 años y desnutrición aguda.

Vida saludable y enfermedades transmisibles*:* El Sivigila recibió 15 notificaciones relacionadas con vigilancia integrada de la rabia humana, varicela individual, sífilis congénita, Leishmaniasis cutánea, bajo peso al nacer, sarampión e intoxicaciones.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: El Sisveso encontró 22 notificaciones relacionadas en su mayoría con gingivitis y caries cavitacional.

4.6.4. Ciudadanos Habitantes de Calle

Convivencia social y salud mental: En las notificaciones realizadas al SIVIM se encontraron 4 casos relacionados con habitante de calle clasificados como violencia emocional y negligencia. El Sisvecos encontró 1 caso de ideación suicida y el Sivelce 1 caso de violencia común. Mientras tanto, el Vespa reportó 82 casos de consumo problemático de SPA.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: El Sivigila identificó 8 notificaciones sobre habitantes de calle cuyos eventos se relacionan con intoxicaciones, sífilis gestacional, bajo peso al nacer, varicela individual, vigilancia integrada de la rabia humana, Mortalidad por VIH/SIDA, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y sífilis congénita.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: El Sisveso recibió 4 notificaciones con mayor frecuencia del evento de gingivitis.

4.6.5. Persona en Ejercicio de Prostitución

Convivencia social y salud mental: de acuerdo a la lectura de necesidades del 2015, las personas en ejercicio de la prostitución se ven enfrentadas a la violencia por la exposición que genera la misma actividad. Los servicios de urgencias reciben con frecuencia mujeres trans con heridas de arma corto punzante que ejercían la prostitución en las calles.

Salud y ámbito laboral: aun cuando en la localidad se identifiquen algunos establecimientos para el lenocinio, las personas que ejercen el ejercicio de la prostitución y viven en la localidad, prefieren trabajar en otros lugares que no los asocien a su lugar de residencia. Por ello, las personas deben tomar largos trayectos de traslado hasta sus lugares de trabajo. Estos sitios presentan problemas de higiene en las habitaciones donde se ejerce, con muebles gastados, expuestos al consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.

4.6.6. LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales):

Convivencia social y salud mental: el Sivim recibió 20 notificaciones relacionadas con las personas de los sectores LGBTI, relacionadas con violencia emocional, violencia sexual, violencia física, negligencia, violencia económica y abandono. El Sisvecos reportó 17 casos relacionados con el intento, la ideación, la amenaza suicida, así como 1 caso de suicidio consumado. El Sivelce reportó 5 notificaciones relacionados con violencia común y otros accidentes. El Sisvecos encontró 19 notificaciones de esta población en su mayoría por ideación suicida. El Vespa encontró 101 notificaciones por consumo problemáticos de SPA.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: según la lectura de necesidades de 2015, Las lesbianas expresan el temor frente al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva por lo que no se logra adherencia a los mismos. En las personas Gays se da una alta prevalencia de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS), en especial VIH/SIDA. Ello se deriva de un diagnóstico tardío, el cual es seguido de una baja adherencia a los tratamientos farmacéuticos que puedan controlar la enfermedad, aunado a la continuación de prácticas inseguras de la sexualidad. Muchas veces, ante la desinformación que obtienen en el sector salud, las personas trans deciden iniciar sus transformaciones corporales desde la automedicación ocasionando problemas en salud irreversibles.

Salud y ámbito laboral: la lectura de necesidades del 2015, muestra como para las personas Trans se le dificultad el ingreso al sector productivo por razones de exclusión y discriminación, lo cual segrega esta población a actividades informales en establecimientos como peluquerías o en el ejercicio de la prostitución.

4.6.7. Reciclador, carretero, pequeño bodeguero

Las acciones integradas se llevan a cabo en la UPZ 84- 85 -Bosa occidental, en la cual se resaltan las siguientes características: En el sector denominado la carbonera, habitan un gran número de familias dedicadas al reciclaje en diferentes modalidades: recolección de material para reciclar (cartón, plástico, botellas, papel, entre otros); procesadoras de plástico; lavado de plástico, costales y botellas, se observa que el material reciclado es guardado y seleccionado dentro del mismo espacio de habitación con una tendencia por guardar objetos en exceso de manera desorganizada. Adicionalmente se evidencia la quema de materiales como llantas, madera, cable y desechos orgánicos; la contaminación del rio Tunjuelito y la existencia de cría de cerdos lo que ocasiona un alto grado de contaminación ambiental, de la misma manera se evidencia la presencia de roedores y vectores lo que genera un ambiente inadecuado para la salud de las familias y de la comunidad en general. Por los horarios de trabajo y el contacto con desechos, no se tienen prácticas cotidianas y permanentes de aseo y salubridad.

Otras de las problemáticas ambientales encontradas es la presencia de perros callejeros y vectores, tendencia inadecuada de mascotas, inadecuado manejo de los residuos sólidos, invasión del espacio público por vendedores ambulantes, contaminación visual y auditiva en los principales corredores viales.

Salud y ámbito laboral: las personas que ejercen estos oficios transcurren la mayor parte del tiempo en la calle por lo que se ven expuestos a riesgos de salud como enfermedades respiratorias, entre otras. Además, el oficio se encuentra en la informalidad por lo cual los riesgos laborales y la salud ocupacional es algo que no se tiene en cuenta y que al ocurrir terminan clasificándose en otras categorías de la enfermedad. Por su actividad, las personas recicladoras no priorizan la salud por lo que es usual la inasistencia a los servicios médicos o la falta de adherencia a los diferentes procesos de salud. En muchas ocasiones, el oficio lo ejerce el núcleo familiar en pleno por lo que es propicio para el trabajo infantil, ocasionando la deserción escolar o desencadenando algunas enfermedades prevalentes de la infancia.

De igual forma, la actividad representa bajos ingresos para quienes la realizan, sin embargo, en una de las primeras opciones a las que se enfrentan las personas víctimas del conflicto armado que han sido desplazadas a la ciudad, por ser un oficio de fácil acceso a pesar de su baja remuneración. Las familias recicladoras se ubican en barrios donde las viviendas son de bajo costo, algunos en invasiones en lotes baldíos o predios sin desarrollar, con materiales inadecuados y dificultad para acceder a servicios públicos.

4.7. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA Y EXPERIENCIAS EXITOSAS

Desde Salud Pública, la Subred desarrolló acciones que abordaron a poblaciones diferenciales de la localidad, las cuales se relacionan a continuación.

4.7.1. Población étnica

La referencia de la Política Pública de Etnias desarrolla acciones de posicionamiento, movilización y seguimiento a la política en espacios locales y comunitarios, abordando lo

concerniente al tema de salud. En dichos espacios fueron trabajadas las problemáticas de la población étnica relacionada con la dimensión Convivencia Social y Salud Mental, abordándolas como tensiones en salud, e incluyéndolas en la agenda local para la búsqueda de soluciones.

La misma referencia resalta como una experiencia exitosa la implementación del programa de medicina tradicional compuesto por un sabedor o medico tradicional, partera, enfermera y gestor. En articulación con el equipo de medicina tradicional se atendieron casos de gestantes y se brindó orientación a servicios con el equipo de Espacio Vivienda y unidades de servicios. Se gestionaron citas e inicio de controles a gestantes identificadas.

También cuenta como experiencia exitosa la articulación con la Secretaría de Desarrollo Económico, donde se planeó la implementación de un curso sobre mercado y ventas para las unidades productivas indígenas y afrodescendientes. La iniciativa sobre las oportunidades de ventas surgió de la comunidad con quien se planea organizar un grupo para recibir el curso de ventas.

4.7.2. Población con discapacidad

Como acciones constantes en Salud Pública, desde la referencia de la Política Pública de Discapacidad se realiza la divulgación del portafolio de servicios de salud a partir de la implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, la articulación intersectorial a través de la instancia de participación Consejo Local de Discapacidad para dar respuesta a las necesidades de la población con discapacidad, la activación de la ruta hacia los espacios y componente de Vigilancia en Salud Pública encargado del registro para la ubicación y caracterización de personas con discapacidad de la localidad y la asistencia técnica a actores locales y al interior de la Subred relacionados con el tema de discapacidad.

Fuera de estas actividades rutinarias, durante la vigencia se realizó intervención en el soporte social de la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad RBC, abordando a 60 familias con el fin de realizar el nodo familiar de PCD. Se logró conformar 6 grupos de la RBC: 2 formaciones de líderes de PCD, 2 formaciones de cuidadores de PCD y 2 grupos de desarrollo de capacidades. Así mismo se realizan 2 grupos de Semilleros padrinos de PCD

con 10 horas de fortalecimiento mensual. Así mismo se realizó actividades en 2 grupos de iniciativas comunitarias, uno con énfasis en desarrollo de capacidades con curso de vida persona mayor y con población en condición de discapacidad y cuidadores; el otro grupo se orientó a la formación de líderes con joven y adultos en condición de discapacidad y cuidadores.

En la localidad se cuenta como experiencia exitosa la jornada Ruta Diferencial para personas con discapacidad, liderada por la Secretaría de Desarrollo Económico y con participación del sector salud, cuyo propósito fue implementar estrategias institucionales que garanticen el derecho al trabajo y la productividad para las Personas con Discapacidad en articulación con el sector privado. Para esta jornada se realizó convocatoria a las personas con discapacidad a través del Consejo Local en cabeza de salud, IPES y Secretaría de la Mujer, junto con los representantes de las personas con discapacidad. Las personas interesadas atendieron la convocatoria, allí se realizó el registro, orientación y formación en competencias blandas y transversales como diligenciamiento de hoja de vida, entrevista, comunicación asertiva y otras. Participaron 68 personas con discapacidad.

Una segunda actividad exitosa fue el desarrollo de la Jornada de Cuidado Discapacidad y Salud, realizada en el mes de septiembre y liderada por Salud. Participaron 124 personas, algunas de ellas identificadas por las unidades de servicios de salud remitidos al componente de Gobernanza y convocadas a la jornada para su participación. Se destacó la participación de jóvenes escolarizados sin discapacidad quienes aprendieron sobre conceptos de discapacidad, comunicación incluyente, salud sexual y discapacidad y otros temas para la prevención de enfermedades crónicas. Se vincularon a la jornada entidades como la Secretaría de Movilidad, IDRD, y la Secretaría de Integración Social. En el mismo espacio se realizó registro y caracterización de población con discapacidad. Las personas registradas fueron reportadas al Espacio Vivienda para su intervención en donde se realizó el acompañamiento y orientación para el acceso a programas y servicios.

4.7.3. Víctimas del conflicto armado

Ante las problemáticas ambientales de adaptación a las condiciones urbanas que sufre la población víctima del conflicto armado, la Subred ha realizado acciones actividades de

saneamiento básico, fumigación y cuidado del medio ambiente, construcción y cuidado de huertas urbanas por grupos comunitarios de mujeres, y procesos organizativos para reciclaje adecuado de basuras, desde los componentes de salud ambiental, espacio público, y seguridad nutricional.

Se resalta como experiencia exitosa la construcción de la huerta en el centro local de atención a víctimas de la localidad, donde participan adultos mayores que asumen el cultivo como estrategia de liberación emocional, redundando en el cuidado de su salud mental, además de aportar a la alimentación saludable de su entorno familiar y comunitario.

También se han desarrollado jornadas en los barrios donde se concentra esta población para ofrecer vacunación a niños, niñas, adultos mayores y madres gestantes y lactantes, difusión de programas, enseñanza del cuidado y manutención adecuada de mascotas. Se han construido espacios de participación comunitaria donde se permite socializar las estrategias de cuidado y auto cuidado.

Por su parte, desde el Espacio de Vivienda se adelanta el proyecto de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado, PAPSIVI, con tres modalidades de atención: individual, familiar y comunitaria. El programa contribuye a minimizar el daño ocasionado por los hechos victimizantes en el marco del conflicto armado, y también mitiga el efecto de situaciones no relacionadas directamente con estos hechos, como problemas en la relación de pareja, en las relaciones familiares y en la adaptación al entorno, generando estrategias de cuidado y promoción de la salud mental. En el marco del Espacio Vivienda también se hace activación de rutas a niños, niñas, mujeres y población en general.

Como actividad rutinaria se realiza oferta de servicios institucionales en el centro local de atención a víctimas del conflicto armado de la localidad, así como direccionamiento a diferentes centros de atención según patología.

4.7.4. Ciudadano habitante de calle

Las acciones para población ciudadana Habitante de Calle, están orientadas a la protección específica y detención temprana en salud.

Desde el Espacio Público se trabaja mediante el Servicios de Acogida. El equipo encargado realiza actividades de desarrollo comunitario e identificación del riesgo por medio de tamizajes en salud mental, y adelanta procesos de mitigación de riesgos y reducción de daños y acciones de promoción y prevención frente a la problemática del consumo de Sustancia Psicoactivas por medio de un equipo interdisciplinario (Psicólogo, Trabajador Social, Enfermera, Terapeuta Ocupacional, Educador Físico). Los servicios de acogida brindan además estrategias motivacionales orientadas al cambio, y fomentan la construcción de redes sociales para la inclusión social de la población en riesgo por consumo de sustancias psicoactivas, desde la escucha activa. La población identificada con este riesgo es canalizada a la oferta institucional del sector salud y entidades intersectoriales.

Otra herramienta de atención a esta población diferencial es el Equipo poblacional para población Habitante de Calle y LGBTI, conformado por psicólogo, trabajador social y enfermera. El equipo poblacional ofrece centros de escucha enfocados a la reducción de riesgos y mitigación de los daños ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas y afectaciones de salud mental, desde un abordaje diferencial de los ciudadanos habitantes de calle. También promueve la afiliación al sistema de seguridad social en salud, y trabaja en la reducción barreras de atención de servicios sociales y de salud.

Estas estrategias han sido exitosas en la localidad de Bosa, donde se ha logrado atender en el periodo de abril a octubre 2017 fue a 255 hombres y 28 mujeres habitantes de calle según base de datos de servicios de acogida con corte a octubre, y se han reportado 10 activaciones de rutas para el año 2017.

Otra experiencia exitosa ha sido la articulación de acciones con la Subdirección Local de Integración Social, con la comunidad y representantes territoriales, para incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población ciudadana habitante de calle. En aras de dicha articulación se viene acompañando las jornadas de desarrollo personal para población habitante de calle en sectores donde se concentra esta población como es Bosa San Bernardino, Potreritos, Villa Emma, ofreciendo la atención que desde Espacio Público se tiene para población habitante de calle.

Es de resaltar que el objetivo de realizar estas actividades con la población habitante de calle está dado en propender por la resignificación de su situación a nivel individual y nivel social ya que sienten que la oportunidad de acceder a procesos de auto cuidado permite cerrar la brecha de estigmatización y discriminación. De igual manera el sentir que son escuchados y que son importantes para la institución propician disminución de imaginarios de que son excluidos por la sociedad.

Todo esto conlleva a lograr la dignificación del ciudadano ya que en las atenciones se les tocan aspectos sociales, económicos, culturales y ambientales, para mejorar la calidad de vida en el marco de la Dignidad Humana.

4.7.5. Personas en ejercicio de prostitución

Entre las acciones con personas en ejercicio de prostitución se cuenta el fortalecimiento de los Grupos Organizados de Trabajo con administradores y o dueños de establecimientos dónde se ejerce prostitución, con el fin de identificar factores de riesgos en estas UTI y las posibles acciones que mitiguen el riesgo para las personas que ejercen la prostitución.

Como experiencia exitosa se tiene el reconocimiento, por parte de administradores de establecimientos, de los riesgos en salud a los que se exponen tanto administrativos como las personas que ejercen directamente la prostitución, asociados a enfermedades de transmisión sexual y a los accidentes que se pueden presentar.

Desde el Espacio de Trabajo se desarrollaron centros de escucha, pruebas rápidas de VIH, jornadas de vacunación, y direccionamiento a jornadas de citología.

4.7.6. Población LGBTI

Desde el Espacio Público, el Equipo poblacional que cuenta con los perfiles de enfermería, trabajo social, psicología y gestor, lleva a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde el enfoque diferencial. En la localidad se realizaron dos jornadas de habitabilidad en calle - y desarrollo personal, con apoyo y participación de mujeres transgeneristas. El equipo también realiza sesiones con la población LGBTI

abordando temas de salud sexual y salud reproductiva desde el enfoque diferencial, y mensualmente hace jornadas de toma de pruebas rápidas de VIH donde brinda las asesorías pre y pos prueba.

Desde la referencia de la Subred para esta población, se generaron mesas de trabajo mensuales, contando con la participación de Distrito diverso de SLIS, equipo poblacional del Espacio Público, y las referencias Habitabilidad en calle y Mujer /LGBTI del componente Gobernanza. El objetivo de estas mesas fue realizar fortalecimiento y dar línea técnica para la atención a la población LGBTI desde el enfoque diferencial en temas cómo salud mental, notificación de casos Sivim – Sisvecos, activaciones de ruta, proyectos especiales y establecimiento de acciones mensuales a nivel local dirigidos a la población y en articulación con las instituciones que cuentan con competencias desde el sector salud y social.

La referencia de Mujer/LGBTI resalta como experiencia exitosa la generación de comunicación y enrutamiento a los casos identificados en lo local respecto a aseguramiento, barreras de acceso y atenciones en salud, en el marco de articulación constante con los gestores del proyecto Distrito diverso de SLIS y los referentes desde la Subred suroccidente para la política pública LGBTI. En la localidad se realizó 1 Jornada intersectorial Fonade, SLIS, Idepac, Juventud, en el marco del día internacional de la lucha contra el VIH, con la participación de 200 personas: 83 mujeres y 117 hombres, y tres Jornadas intersectoriales de toma de pruebas rápidas de VIH y vacunas de terceras dosis hepatitis B.

4.7.7. Reciclador, carretero, pequeño bodeguero

La población con ocupaciones de reciclador, carretero y pequeño bodeguero se atendió en tres jornadas de salud con temas diversos. La primera se realizó en el mes de junio, para sensibilizar y empoderar a los participantes en contra el trabajo infantil. La segunda se hizo en el mes de agosto, allí se promovió la vacunación humana y se sensibilizó frente al lavado de manos, manejo de residuos, salud oral y fortalecimiento de la política de adultez. La tercera jornada realizada en el mes de octubre, fue una jornada distrital con participación sectorial e intersectorial de orden distrital y nacional, que logró una amplia participación de población, y donde se abordaron temas como la desvinculación de niños y niñas de los

escenarios de trabajo, empoderamiento de las estrategias de entorno de trabajo y las prácticas seguras de realizar actividades.

Por otra parte, el equipo de especialistas del Espacio de Trabajo realiza actividades con Grupos Organizados de Trabajo Informal GOTI, haciendo énfasis en población recicladora, con el fin de sensibilizar en temas como el autocuidado, prevención de enfermedades relacionadas con su actividad económica, y direccionamiento a servicios de salud.

CAPITULO 5. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

Según la Guía Técnica del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) para la actual vigencia, "*en concordancia con el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020 "Bogotá Mejor para Todos", se construye el PSPIC, como una puesta de visibilización de las dinámicas de vida y formas urbanas que plantea la ciudad, con el fin de promover la salud, disminuir las vulnerabilidades, prevenir, controlar o mitigar riesgos, proteger y conservar la vida, dando respuestas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones en salud de la población"*(25).

Es a través del PSPIC como la Subsecretaría de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), promueve la participación de actores y sectores con el fin de reconocer el carácter dinámico y colectivo de la salud y la corresponsabilidad de todos en la construcción de políticas que contribuyan a una vida saludable, garantizando la incidencia de todos en las decisiones públicas para garantizar el libre goce a una vida sana y con dignidad.

En este sentido, y teniendo en cuenta la estrategia de salud urbana, se implementa el PSPIC que hace parte del Modelo de Salud del Distrito Capital, favoreciendo la integración de los planes de beneficio a través de rutas de atención, promoviendo la participación ciudadana, la gestión intersectorial y la gestión colectiva del riesgo, en los espacios de vida cotidiana y los procesos transversales. De esta manera se busca incidir en los riesgos colectivos e individuales generados por las condiciones de vida de la población en el contexto urbano y rural, para prevenir y controlar la enfermedad, así como contribuir al mantenimiento de la salud (25).

La SDS entiende los espacios de vida cotidiana como los entornos donde se desarrolla la vida de las personas, y por tanto donde ocurre la exposición a riesgos en salud, algunos de estos riesgos tienen mayor posibilidad de ser intervenidos que otros para mejorar las condiciones de salud de la población (26). En el modelo de salud del Distrito, los espacios de vida cotidiana donde la Subred desarrolla acciones específicas en Salud Pública son: Espacio Público, Espacio Educativo, Espacio Vivienda, Espacio Trabajo,

Por su parte, los procesos de Vigilancia en Salud Pública (VSP), Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública (GPAISP) y Gobernanza , consolidan acciones para incidir en la carga de la enfermedad de la población de la ciudad y en la gestión del riesgo.

Entre dichas acciones están: identificación, atención, control y manejo de eventos de interés en salud pública, también la formulación y seguimiento de las diferentes políticas (27). Las acciones de estos procesos requieren de un trabajo conjunto con los espacios de vida cotidiana y al interior de los mismos, de tal forma que se pueda abordar a la población, a las instituciones prestadores de salud (IPS) y a otros actores claves. Su población objeto es: población en general, IPSs y establecimientos comerciales e institucionales. Los procesos mencionados serán denominados transversales en este documento.

Este capítulo busca visibilizar el impacto de las acciones realizadas a través del PIC en cada uno de los espacios y procesos transversales. Para documentar las acciones, se realizaron mesas de trabajo donde se solicitó a cada componente la información de su accionar, mediante un instrumento que indagaba qué se hizo (nombre, propósito de la acción), cómo se hizo (producto esperado y actividades a realizar) y dónde se intervino (localidad y UPZ) en el componente. En los casos que era posible se solicitó el cálculo de indicadores que midieran el impacto de las acciones, para evaluar la respuesta desde Salud Pública.

A continuación, se describirá el resultado de las acciones de la Subred Sur Occidente en Salud Pública durante la vigencia marzo 2017 – febrero 2018, así como una espacialización de las mismas y el análisis de resultados de las acciones por cada componente.

5.1. ESPACIOS DE VIDA COTIDIANA

5.1.1. Espacio público

El Espacio Público es el entorno de vida cotidiana abierto a los ciudadanos para el goce y beneficio igualitario de la población de la ciudad, que favorece la interacción social e individual para la expresión comunitaria en un ambiente de vida natural o construido (26). En Salud Pública, este espacio cuenta con 2 acciones integradoras:

1) Gestión del Riesgo en Salud en el Espacio Público la cual busca contribuir al uso efectivo y goce del espacio público para el mejoramiento de la calidad de vida de los bogotanos, desarrollando acciones promocionales en salud en escenarios colectivos priorizados. Esta

acción cuenta con dos componentes: a) “Constructores del espacio Público” comprende acciones de identificación de riesgos colectivos en salud y la implementación de intervenciones itinerantes de enganche que permitan a los individuos y colectivos tomar medidas preventivas que protejan la salud. Para esto se proponen tres estrategias:

- Acciones Itinerantes: Comunicación a los colectivos por medio de acciones cortas y repetitivas orientando hacia la convivencia ciudadana y el cuidado de la salud por la vía de un cambio comportamental generando como consecuencia el fomento de prácticas del cuidado de la salud.
- Caracterización y monitoreo del riesgo en salud en el Espacio Público: Caracterización urbanística, social y espacial del entorno y monitoreo del riesgo.
- Puntos Cuídate Se Feliz: Desarrollar capacidades, canalización a servicios sociales y sanitarios a las personas con riesgos identificados relacionados con las condiciones crónicas y nutricionales.

b) el componente “Vincúlate” que contempla acciones promocionales para la disminución del impacto del consumo de Sustancias Psicoactivas a partir de la promoción de prácticas saludables y la prevención del consumo. Este contempla tres estrategias:

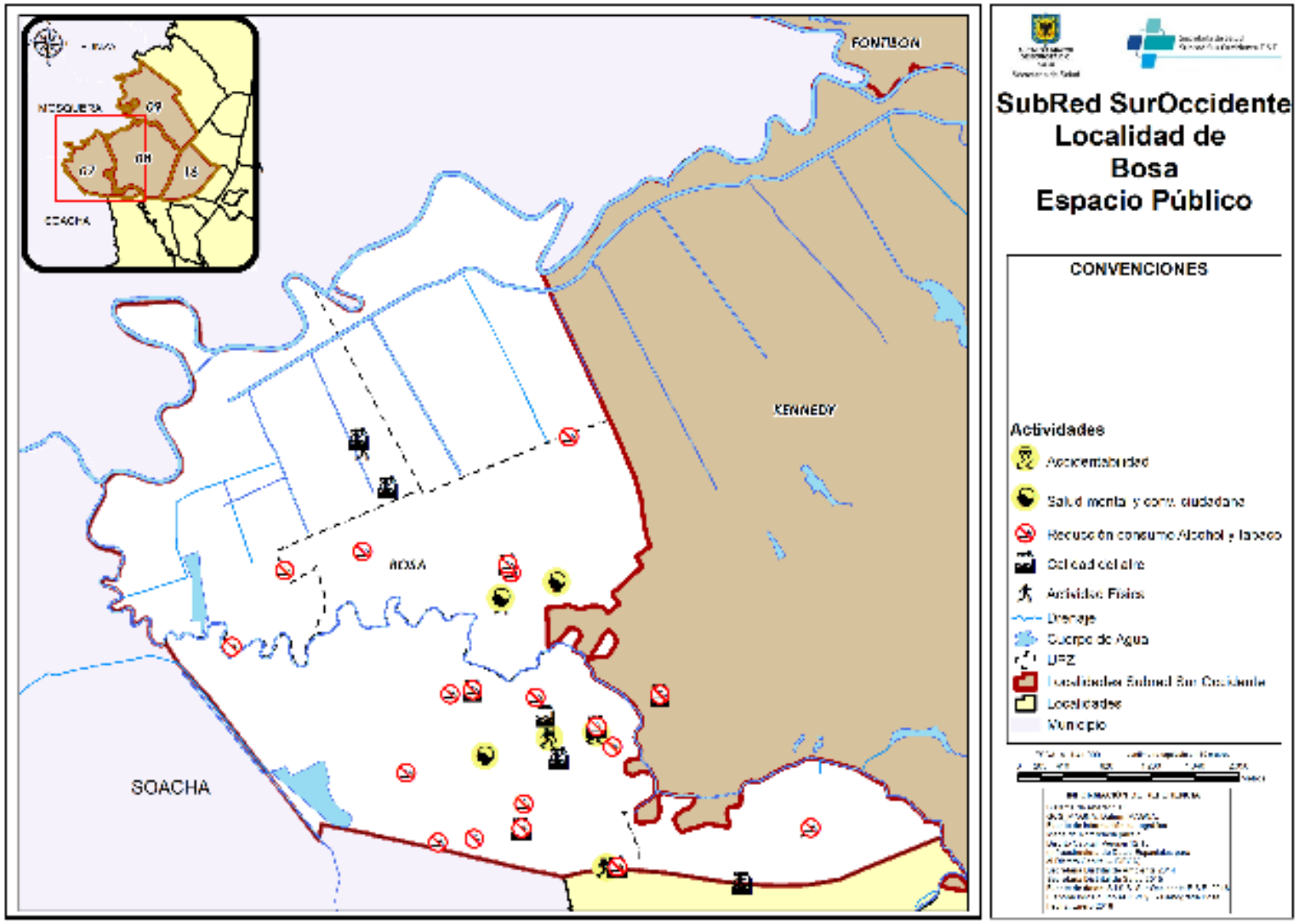
- SOJU: Servicios de orientación para adolescentes y jóvenes entre los 10 y 26 años con consumos iníciales de sustancias psicoactivas.
- Servicios de Acogida: Espacios comunitarios para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas, a través de escucha activa, la identificación temprana de riesgos en salud (sexual, salud reproductiva, salud mental y condiciones crónicas) asociados al consumo, intervenciones breves a través de entrevista motivacional y la canalización según las necesidades de la población en riesgo.
- Línea Psicoactiva: Estrategia Integral de Salud Mental no presencial dirigido a población en general con afectación en consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales para servicios de información, orientación, intervención breve, canalización y seguimiento.

2) Comunidades Promotoras y Protectoras de la salud siendo su objetivo apropiar prácticas de promoción y protección de la salud que permitan el desarrollo de competencias para el

cuidado de la salud, encaminados al fortalecimiento de vínculos y relaciones sociales de la población. Contempla acciones colectivas de promoción y protección de la salud a través de intervenciones, procedimientos y actividades de base comunitaria desde el enfoque diferencial y de derechos, para el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones.

A continuación, se presenta la distribución geográfica de las acciones integradoras más representativas del espacio público en la localidad:

Mapa 11. Espacialización acciones integradoras, Espacio Público, localidad de Bosa



En el mapa se puede evidenciar que la UPZ donde mayor desarrollo de acciones se realiza es Bosa Central, seguida de Bosa Occidental, siendo las principales actividades las relacionadas con prevención de consumo de SPA y las relacionadas con salud mental, lo cual es concordante con la problemática de la localidad y específicamente de estas UPZ evidenciado en las notificaciones de Sivim, Sisvecos y Vespa.

5.1.1.1. Análisis de resultados de las acciones en Espacio Público

Acción Integrada 1 gestión del riesgo en salud pública

Componente 1. Constructores del espacio público

Acciones Itinerantes: Se realizaron 44 acciones con una cobertura del 100 % de las UPZ, distri buyéndose en cada una de la siguiente manera: Bosa Central 53,3 %, Bosa Occidental 26,7 % Apogeo 11,1 %, Tintal Sur 6,7 %, Bosa Porvenir: 2,2 %.

Los temas se inician a partir de las asistencias técnicas convocadas por la SDS de acuerdo al resultado del diagnóstico de identificación de riesgo de puntos críticos enfocados en movilidad, alimentos y recreación y se determina que estos temas son para todo el Distrito, en este periodo se enfatizó en la adopción de hábitos saludables para la comunidad, destacando: Prevención de E.R.A con énfasis en lavado de manos, movilidad responsable, uso de la bicicleta, salud oral, salud del viajero, reducción del consumo de tabaco, salud oral, salud mental, vacunación, promoción de la lactancia materna, buen manejo de alimentos y salud mental.

En torno a las dinámicas de las actividades, el mayor impacto generado, se encuentra determinado en relación a la apropiación y recordación de la información por parte de la comunidad, la cual en su mayoría realiza un ejercicio propio de su forma de vivir, generando una conciencia de cambio en hábitos y estilos de vida de los participantes.

Estas acciones son relevantes para esta localidad dado que en Bosa la mortalidad por ERA en el año 2014 para enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores fue de 30,4 por

100.000 habitantes y para infecciones respiratorias agudas de 13,8 por 100.000 habitantes. Para el tema de patrones de movilidad fue relevante dado que un tercio de la población de la localidad manifiesta estar insatisfecho con su principal medio de transporte, percepción asociada a la mala calidad del servicio, los costos de transporte que son altos en la ciudad, las condiciones de hacinamiento dentro de los buses que facilitan situaciones de hurto y comportamientos abusivos principalmente hacia las mujeres, y los tiempos de traslado que para Bosa deben ser mayores, al estar ubicada en una zona periférica de la ciudad distante de las principales concentraciones de oferta de servicios del Distrito.

Otro de los indicadores en los cuales es necesario reforzar es lactancia materna la cual tuvo una mediana para el año 2016 de 3,3. Los indiadores que se afectan positivamente en el desarrollo de estas acciones son los relacionados con SISVESO, reducción de enfermedades trasmitidas por alimentos, Violencia intrafamiliar y maltrato infantil y consumo de SPA siendo estas problemáticas álgidas en esta localidad, conducta suicida, al igual que mejorar las coberturas de vacunación pues aunque se logra un resultado para el año 2016 sobre el 90 %, no alcanza la meta de cobertura útil. Es importante tener en cuenta que la capacidad de medir el impacto para atenuar los riesgos específicos en cada barrio, UPZ o localidad no está dentro de las actividades del equipo de itinerantes, dado su carácter informativo y comunicativo.

Se resalta que la comunidad manifiesta la metodología de puestas en escenas de situaciones cotidianas permiten la movilización y participación de la población de los diferentes momentos curso de vida y grupos poblacionales, generando cambios en la responsabilidad social en el espacio público.

Para mejorar se consideran tres aspectos fundamentales: aumentar el equipo de trabajo para el desarrollo de las acciones, reducir temas a tratar y enfatizar los relacionados a las metas de interés que para esta localidad se sugiere prevención de embarazo a temprana edad, mortalidad materna, IRA, enfermedades crónicas y generar un instrumento de medición de percepción del impacto de las acciones itinerantes.

Caracterización y Monitoreo del Riesgo: La caracterización se desarrolló en la UPZ 84. Bosa Occidental, con un total de 76 barrios caracterizados en los cuales el 53,9 %(41) se

clasificaron como alto riesgo, los aspectos identificados fueron cercanía al río Tunjuelo, la alta presencia de perros callejeros y comunitarios, y los riesgos que se observan en la movilidad de las personas dentro de barrio. El 39,4 % (30) en riesgo medio según la semaforización de percepción del riesgo, se determinan en su gran mayoría factores de violencia interpersonal y mal manejo de residuos sólidos.

Esta UPZ se priorizo según el diagnóstico de identificación de puntos críticos de acuerdo a las prioridades del espacio: establecimientos abiertos al público, movilidad y lugares de esparcimiento y de actividad física, de igual forma como es un producto en conjunto con Vigilancia Comunitaria en Salud Pública obedece a acuerdos realizados con este equipo.

El proceso de caracterización barrial, es pertinente puesto permite tener información de primera fuente, al recoger el sentir de la comunidad, tanto desde las prácticas cotidianas, hasta el conocimiento que manejan las organizaciones sociales como las Juntas de Acción Comunal, al nivel de un barrio. Esto es acompañado de la observación en campo del equipo de caracterización, conformado por un profesional ambiental y otro social, y por gestores que tiene experiencia en el territorio. Estas acciones si responde a una caracterización aproximada a los riesgos identificados.

La articulación de los diferentes componentes del espacio público, se han puesto en marcha en algunos barrios identificados con riesgos altos y medios, sin embargo, estas acciones, en su mayoría, no están directamente relacionadas con la caracterización del riesgo identificado, y aún no se ha podido medir el nivel de impacto sobre los riesgos identificados, sobre todo, por la condición de los riesgos, que pueden obedecer a determinantes estructurales y de condición de cambios culturales.

Como fortalezas se identifica: la comunicación directa con los actores territoriales ya que permite tener una visión más certera sobre los principales riesgos que se presentan en cada barrio, la articulación con el equipo de Vigilancia Comunitaria y el geógrafo del componente de Gobernanza han sido vitales para poder tener un acercamiento a la comunidad certero, puesto se han afinado los métodos tanto en el reconocimiento geográfico del espacio, así como la experiencia en la intervención con los habitantes de cada barrio y poder llevar las

acciones del espacio público a los barrio identificados con riesgo altos o medios, es la primera apuesta a disminuir, en algún grado, la presencia de riesgos en el territorio.

Como aspectos a mejorar se sugiere que las categorías y variables de los instrumentos de recolección de información son muy cerradas, pues cada territorio vive diferente las dinámicas frente a cada riesgo identificado, por otra parte, no hay claridad desde nivel central frente al tipo de articulación con otros componentes de salud pública para dar respuesta a los riesgos identificados.

Puntos Cuídate se Feliz: Ubicación de un punto dentro de la localidad rotado en las UPZ Bosa Occidental, Bosa Central y Apogeo con una cobertura del 60 % del total de UPZ de la localidad, en el periodo se tamizaron un total 7.461 personas mayores de 18 años identificando riesgo cardiovascular alto en el 4,2 % (316) y riesgo cardiovascular medio en el 46,2 % (3.445)

El principal impacto de esta actividad es en la detección temprana y/o canalización oportuna para enfermedades crónicas tales como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, EPOC, síndrome metabólico, riesgos cardiovasculares por consumo de tabaco y alcohol, malas hábitos nutricionales y de actividad física, al igual que la contaminación del aire, lo cual es relevante para esta localidad pues de acuerdo al informe de morbilidad de la SDS año 2016 estas enfermedades se encuentran en las primeras causas de consulta con la siguiente proporción: 26,4 % hipertensión arterial, 2,3 % Diabetes Mellitus y 1,7 % obesidad. Dados los resultados se evidencia la importancia de poder ampliar la cobertura con otro punto en la localidad, de igual forma porque hay un reconocimiento y satisfacción de la comunidad con la actividad. En esta localidad se destaca la articulación con IDRD lo que logra operación en las ciclovías.

Como aspectos a mejorar se destaca: El aplicativo de registro de personas tamizadas presenta algunas falencias tales como: no poder generar salidas de información por UPZ, ni barrio, no bloquea usuarios repetidos, ni histórico de la información registrada de cada usuario; en la activación de rutas no hay respuesta oportuna de las EAPB, principalmente en el régimen contributivo.

No se tiene planteado seguimiento a los usuarios menores de 50 años con sobrepeso y obesidad, en articulación con programas y PyD y/o diseñar estrategias (alertas a través de correo electrónico, mensajes de texto) que puedan realizar el seguimiento trimestral desde el componente.

Jornadas: Total participantes a nivel local 1453 personas. La UPZ Bosa Central aporta el 92 % distribuida su participación así: Hábitos saludables 15,2 %, conmemoración de la respuesta a la epidemia de VIH 15 %, Promoción de la salud mental y Buen Trato 15,6 %, Lucha contra el tráfico de drogas 9,8 %, Discapacidad 8,9 %, Día mundial de la alimentación 8,7 %, Día internacional de la eliminación de la violencia contra la Mujer 5,3 %. La UPZ 84. Occidental aporta el 7,7 % que correspondió al posicionamiento del tema étnico con énfasis en afrocolombianidad.

Mediante el desarrollo de estas jornadas se logra:

- Sensibilización y concienciación pública sobre la migración y su relación con la alimentación, agricultura sostenible y autoconsumo. Socialización de alimentación complementaria en menores de 6 meses a un año. Relación que existe entre alimentación saludable y prevención de enfermedades crónica.
- Sensibilización a la población participante en cuanto a la responsabilidad de todos para prevenir el VIH sin importar género o sexo, así como claridades en torno a esta enfermedad, mitos, imaginarios y realidades
- Reflexión en cuanto a la tenencia de animales de compañía y manejo y clasificación de residuos, así como la disposición de los mismos.
- Promover en la población asistente hábitos saludables, así como tamizaje para detección de enfermedades cardiovasculares, recomendaciones y canalización de casos detectados.
- Fortalecimiento en los participantes de enfoque diferencial, en elementos de autonomía, autocuidado, cuidado mutuo y derechos en salud.
- Registro de personas en condición de discapacidad y orientación en parar acceder a servicios de salud.

- Sensibilizar los participantes en cuanto a los riesgos del consumo de sustancias psicoactivas, fortaleciendo factores protectores y orientado en los servicios que presta la Subred
- Movilización y reconocimiento de la importancia del buen trato a la población más vulnerable, así como las diferentes formas que se está violentando los derechos y reconocimiento de los diferentes tipos de violencia, como prevenirlos y cómo actuar, así como un pacto por el buen trato, mitigando la tolerancia frente a casos de violencia.
- Se promovió derechos de las mujeres entre los cuales está la no violencia, orientación en rutas de atención para las mujeres víctimas de violencia, identificación de la violencia basada en género, promoción del derecho a la salud plena de las mujeres.

Componente 2. Vincúlate

De acuerdo al subsistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas para el año 2016 Bosa aporta el 8,8 % a la notificación del Distrito y las UPZ Bosa Central y Occidental concentran aproximadamente 63 % de la notificación de los casos siendo las etapas de juventud y adolescencia las que más concentran esta problemática con el 36,9 % y 35,6 % respectivamente, lo cual evidencia la pertinencia de realizar acciones preventivas realizadas desde este componente.

Servicio de Orientación Juvenil SOJU: Se logra superación de consumo en el 35,2 % y mejoramiento en la calidad de vida en el 34,5 % de los jóvenes que participaron en el proceso, se desarrolló la actividad en las UPZ Bosa Central y Bosa Occidental

El impacto principal en este componente está relacionado con la prevención y la orientación frente a las habilidades para la vida con la finalidad de disminuir y superar los consumos iniciales y experimentales, potencializar en los/as adolescentes factores protectores y de uso de tiempo libre para disminuir el inicio del consumo de SPA.

No se logra porcentajes más altos en superación de consumo y mejoramiento de calidad de vida, debido a que los adolescentes no perciben este comportamiento como un riesgo para su salud, y de igual forma es usado como un medio de escape a problemas familiares,

sentimentales, sociales los cuales persisten por lo tanto desean mantener la conducta. Los Servicios de Orientación a Jóvenes favorecen la salud mental de esta población por medio de la captación de casos de jóvenes con consumos iniciales de sustancias psicoactivas, con la finalidad de abordar temáticas que permitan la superación del consumo inicial; potenciar factores protectores y disminuir factores de riesgo de consumo de SPA en jóvenes e Incrementar y difundir la percepción de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes entre 10 y 26 años.

Para lograr un mayor impacto se debe fortalecer el proceso de cobertura dentro de la localidad por lo tanto es importante contar con talento humano adicional en los siguientes perfiles (Gestor Comunitario, Psicólogo, trabajador Social, terapeuta ocupacional).

Servicio de Acogida: De la población que participó en las acciones en el 73,7 % se identificó un riesgo alto y en el 26,3 % riesgo Moderado. La canalización efectiva a otras Instituciones es del 4,8 %. Se dio cobertura en dos UPZ donde el mayor número de población a la cual se aplicó pruebas para detección de riesgo fue Bosa Occidental con el 63 % y el restante 37 % Bosa Central

Durante el presente periodo se logró brindar un abordaje Integral a las personas que presentaban uso y abuso de Sustancias Psicoactivas por medio de la detección del riesgo la intervención breve y los proceso de canalización y orientación que se trabajaron por los diferentes perfiles que integran el componente, frente a las consecuencias negativas para la salud, y motivar al cambio, así como la construcción de redes sociales para la inclusión social de la población en riesgo por consumo de sustancias psicoactivas, desde la escucha activa.

Para lograr un mayor impacto en esta actividad se debe trabajar de forma articulada a nivel Distrital con las diferentes entidades que les brindan atención a las personas con problemáticas asociadas al consumo de sustancia psicoactivas un proceso de rehabilitación, con la finalidad de disminuir las barreras de acceso a estos servicios.

Dentro las dificultades en el desarrollo de la actividad se identifican: convocatoria para reunir a las personas en un mismo espacio y horario para conformar el grupo, debido a que la

población es flotante y poco interés en su autocuidado, la información que dan los participantes no es verídica lo que dificulta los procesos de seguimiento.

Línea Spa: Para la localidad 769 casos fueron abordados de los cuales se logra canalizar a 302 con un 39,7 % de efectividad. Teniendo en cuenta que la línea psicoactiva es de carácter distrital no se establece una meta local de atenciones, sin embargo el balance a nivel general se muestra positivo, ya que la receptividad y necesidad de la población en general para buscar ayuda frente a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, y otros motivos en salud mental ha permitido el aumento y uso de esta herramienta de atención no presencial en salud mental, logrando cumplir y superar la meta asignada desde nivel central mes a mes.

De igual forma a través de sus diferentes servicios como información, orientación, intervención breve y seguimientos, aporta a la reducción del riesgo y mitigación del daño canalizando a los diferentes servicios de salud que posibiliten un tratamiento frente a la dificultad presentada, y así reducir la prevalencia referida en la meta, sin embargo como se evidencia en el resultado los porcentajes son bajos lo cual es debido a las barreras de acceso de aseguradoras para inicio de tratamiento y seguimiento de los usuarios que llaman a la línea psicoactiva.

Acción integrada 2 comunidades promotoras y protectoras de la salud

De las personas participantes logran adherencia a las iniciativas comunitarias en salud el 88 % (277). Estas acciones se ejecutan teniendo como base la lectura de necesidades del contexto en que se tienen planeadas las actividades y las realidades diversas de las y los integrantes de los grupos objeto, por ende, estas tienen una estrecha relación entre lo que se evidencia en la cotidianidad y la respuesta desde lo preventivo y promocional que se oferta por el equipo, dando respuesta a los planteamientos, necesidades o situaciones que manifiestan las personas asistentes.

Como experiencia significativa para esta localidad se resalta el trabajo de persona mayor donde se realizó Intercambio de experiencias e historias de vida. Los grupos tuvieron participación de manera constante en las sesiones planteadas; de otra parte, la consolidación

de la actividad cultural para la semana mayor en agosto, la cual fue presentada en diferentes escenarios a nivel local y se tiene la programación para otras presentaciones en la parte final del año, al igual que la elaboración de la cartilla didáctica con los temas priorizados por el grupo.

5.1.2. Espacio Educativo

El Espacio Educativo aborda aquellos espacios sociales institucionalizados cuya función específica es educar a los ciudadanos en el transcurso de su vida. Desde Salud Pública se aborda a la población estudiantil de colegios oficiales y no oficiales con el fin de modificar estilos, modos y condiciones de vida identificados como riesgos en salud.

Este Espacio se desarrolló a través de la acción integradora “Sintonizarte”, la cual se define como un conjunto de acciones pedagógicas para favorecer la apropiación de conocimientos, actitudes y prácticas saludables a través de metodologías conversacionales reflexivas, lúdicas, y comunicativas. La acción integradora está compuesta por dos ejes estratégicos: promoción de vida saludable y gestión de la salud para el mejoramiento de entornos escolares, y por cinco componentes: Acompañarte, Amarte, Cuidarte, Disfrutarte y Explorarte.

El eje de “Promoción de vida saludable”, se orienta a promover acciones colectivas e individuales incluyentes y diferenciales que generen conocimientos, habilidades y prácticas, y que favorezcan un ambiente saludable en la comunidad educativa involucrada. El segundo eje, “Gestión de la salud para el mejoramiento de entornos escolares”, comprende acciones de gobernabilidad que generen modificaciones al entorno escolar. Ambos ejes se desarrollan a través de los cinco componentes de la acción integradora, los cuales se relacionan a continuación:

Componente Acompañarte: En este componente se realizan acciones que favorecen la promoción de salud mental a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida, en pro de evitar la aparición de eventos que afectan la calidad de vida de los miembros de la comunidad educativa. Incluye 1) la conformación de grupos promotores de salud mental y convivencia, que deben desarrollar iniciativas preventivas y de difusión en el colegio, y 2) la

identificación de estudiantes con riesgos psicosociales mediante tamizaje en salud mental y activación de rutas.

Componente Amarte: Las acciones de este componente promueven la salud sexual y reproductiva y los derechos de la comunidad educativa en esta materia. El componente sirve también como herramienta de detección temprana y atención de los eventos relacionados con la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, que se presentan en espacios de educación. Incluye la articulación del componente con el Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC) del colegio, la asesoría a docentes sobre el tema, y el trabajo pedagógico con los estudiantes. La estrategia presenta diferencias de contenido según se trate de estudiantes de primaria o de bachillerato.

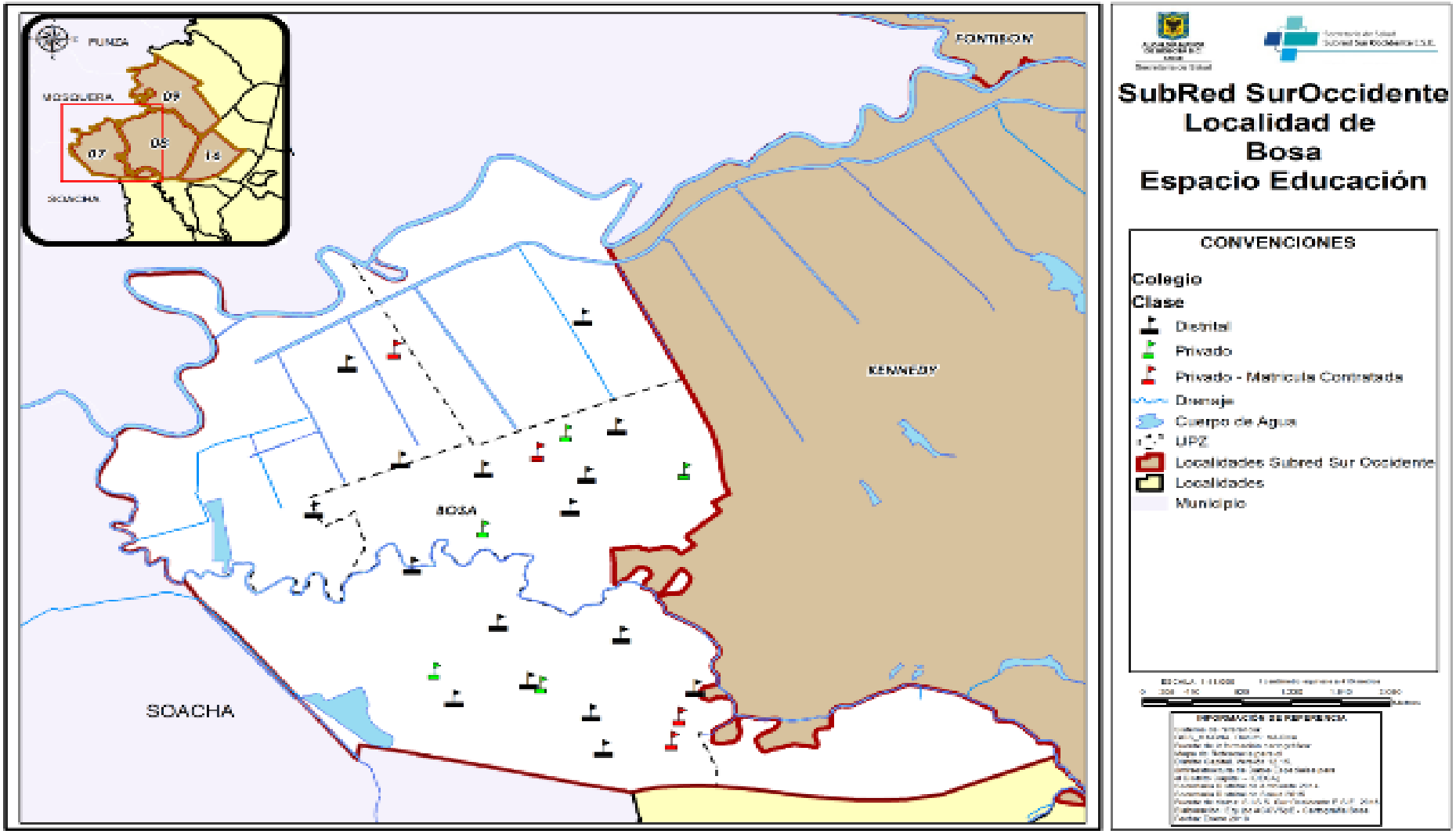
***Componente Disfrutarte*:** Componente que promueve prácticas de alimentación saludable, actividad física, importancia del movimiento, uso adecuado del tiempo libre y cuidado del cuerpo, mediante el desarrollo de estrategias de gestión para el mejoramiento de entornos, así como estrategias de comunicación creativa y de conversación reflexiva y crítica alrededor de estos temas.

Componente Cuidarte: Este componente involucra las dimensiones de “vida saludable y enfermedades transmisibles”, y “vida saludable y condiciones no transmisibles”. Está orientado hacia la construcción y resignificación de la calidad de vida del ser humano, al bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas de transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludable en el espacio educativo. Entre los temas abordados en las sesiones propuestas están lavado de manos, higiene oral y prevención de enfermedades transmitidas por vectores.

Componente Explorarte: Componente orientado a identificar de manera colectiva riesgos ambientales que afectan la salud, y a desarrollar estrategias para la creación de condiciones y oportunidades que favorezcan ambientes físicos y psicosociales seguros. El componente promueve la interacción con organizaciones y actores pertinentes para la realización de las estrategias escogidas, y con ello promueve también el desarrollo humano en aras de incidir en la calidad de vida de la comunidad educativa. Incluye tanto la asesoría técnica a docentes como las sesiones pedagógicas y jornadas de salud ambiental con los estudiantes.

A continuación, se presenta la distribución territorial de las acciones integradoras del Espacio Educativo en la localidad de Bosa. El Espacio realizó intervenciones en 28 instituciones, 19 colegios oficiales y 9 privados, abarcando 4 de las 5 UPZ de la localidad (80 %): 84. Bosa Occidental, 85. Bosa Central, 86. El Porvenir y 87. Tintal Sur

Mapa 12. Cobertura de acciones Espacio Educativo, localidad de Bosa



5.1.1.1. Análisis de resultados de las acciones en Espacio Educativo

La UPZ con mayor cobertura en las acciones de Espacio Educativo fue Bosa Central con 14 colegios, seguida de Bosa Occidental con 9, Tintal Sur con 3, y El Porvenir 2 colegios. Las instituciones educativas fueron seleccionadas a través de un ejercicio de articulación entre SED y SDS; se revisaron las bases de datos del Sistema de Alertas de los colegios donde los orientadores reportan variables como abuso y violencia, accidentalidad, conducta suicida, consumo de spa, deserción escolar, gestación, y necesidades educativas transitorias. La información de estas bases se comparó con los datos de notificación de eventos al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, y teniendo en cuenta ambas fuentes se hizo la selección final.

A su vez se realizaron unidades de análisis con cada una de las instituciones educativas priorizadas, en donde se identificaron necesidades asociadas a las dimensiones del Plan decenal de Salud pública o componentes. Las siguientes fueron las situaciones que dieron lugar a la priorización realizada, y que pueden orientar acciones futuras en la localidad.

Componente Acompañarte: según los casos notificados al sistema de vigilancia epidemiologia, en la localidad se ha encontrado un alto índice de conductas suicidas, violencias y presuntos abusos sexuales. Es importante tener en cuenta que existe un alto subregistro en la información asociada al consumo de sustancias psicoactivas, que de acuerdo a la experiencia en colegios de la localidad es un fenómeno bastante agudo. El consumo de sustancias se hace más evidente en algunas UPZ, como lo son Tintal Sur, Bosa Occidental y Porvenir

Componente Amarte: a través del seguimiento a los casos notificados al sistema de vigilancia epidemiológica se encontró un alto número de casos de abuso sexual y violencias. También se halló un elevado número de casos de embarazo adolescente, fenómeno que viene aumentando en la localidad en menores de 14 años.

Cuidarte: Para localidad de Bosa se encontró un alto índice de niños y niñas que no asisten a los controles odontológicos

Explorarte: en el desarrollo del programa se detectó una alta incidencia de enfermedades respiratorias por altos niveles de contaminación, por fenómenos como quemas entorno a las instituciones educativas

En todos los colegios priorizados se aplicaron los cinco componentes de la acción integradora Sintonizarte. En cada colegio se escogió un curso distinto para aplicar cada componente, esperando que la intervención tuviera eco en el resto de la institución a través de mecanismos de difusión disponibles. A continuación, se expone el número de colegios en los cuales se desarrolló cada componente, en cada UPZ de la localidad

Tabla 63. Cobertura Espacio Educativo y componente de la estrategia Sintonizate por UPZ, localidad de Bosa, 2017

UPZ	Número de colegios con cobertura espacio educativo					
	Componente acompañarte	Componente amarte	Componente cuidarte	Componente disfrutarte	Componente explorarte	Total accción sintonizarte
84. Bosa Occidental	9	9	9	9	9	9
85. Bosa Central	14	14	14	14	14	14
86. El Porvenir	2	2	2	2	2	2
87. Tintal Sur	3	3	3	3	3	3
Total colegios	28	28	28	28	28	28

Fuente: SISS Sur Occidente, Registros Espacio Educativo, 2018.

La efectividad de cada estrategia se pensaba medir a través de la comparación de resultados entre el pretest y el postest aplicado a los estudiantes que participaron de la misma. A la fecha no fue posible realizar este ejercicio, debido a que se cuenta con un porcentaje muy pequeño de postest digitados. Sin embargo, se han identificado algunos resultados en la localidad de manera cualitativa.

Como elementos positivos del impacto, el equipo del Espacio Educativo observó que la metodología de los círculos conversacionales en los padres y estudiantes y el acompañamiento en aula generaron respuestas positivas y aprendizajes significativos de los asistentes. La modalidad de círculo reflexivo genera una actividad más amena y participativa,

eliminando barreras que se tenían cuando se hacían asistencias técnicas, permitiendo a padres, docentes y estudiantes contar sus experiencias y generar confianza con el profesional.

Como aspecto por mejorar se identificó que la cobertura del programa es insuficiente para la magnitud de las problemáticas encontradas en la localidad, y aún para aquellas identificadas en las instituciones priorizadas. La meta asignada desde el nivel distrital no tuvo la cobertura requerida para estas instituciones. La acción integradora Sintonizarte fue implementada solo en el 8,4 % de los estudiantes matriculados en todos los colegios oficiales de la localidad, debido a que fue implementado en algunas instituciones oficiles de la localidad y de ellas solo el 13,2 % (8.829) participó directamente en actividades de la estrategia.

Tabla 64. Cobertura Espacio Educativo en Colegios Oficiales, localidad de Bosa, 2017

	BOSA	%
N.º Colegios Oficiales en la localidad	45	
N.º Colegios oficiales atendidos por Espacio Educativo	23	51,10
N.º Estudiantes Matriculados en Colegios oficiales	104.684	
N.º Estudiantes atendidos por Espacio Educativo en Colegios Oficiales	8.829	8,40

Fuente: SISS Sur Occidente, Registros Espacio Educativo, 2018.

Otros aspectos por mejorar de cada componente del Espacio fueron las siguientes:

- En el componente Amarte hace falta incluir en el componente el seguimiento a gestantes adolescentes.
- En el componente Acompañarte falta incluir seguimiento a los casos identificados con riesgos psicosociales.
- En el componente Cuidarte, la cobertura destinada para la estrategia Facilitadores del sociocuidad es insuficiente teniendo en cuenta la cantidad de colegios con estudiantes de inclusión o niños con discapacidad.

Entre las fortalezas mencionadas por el Espacio en la presente vigencia están el alto nivel de compromiso del equipo de trabajo, la coordinación de acciones entre Secretaría Distrital de salud y Secretaría de Educación que facilitó la articulación con las instituciones educativas, la receptividad del programa por parte de las direcciones locales de educación en la mayoría de colegios, la articulación con las orientadoras para el proyecto de educación sexual, y la permanencia de los lineamientos durante la vigencia a la cual solo se le hizo un ajuste en este periodo.

Finalmente se identificaron algunas situaciones externas que generaron limitaciones para la implementación de la estrategia:

- Paro distrital de maestros, que retrasó las actividades del Espacio
- Cronogramas establecidos desde inicio de año de las instituciones educativas que dificultó la aceptación de la estrategia en unos colegios y en otros la impidió.
- Falta de tiempo de los docentes para poder implementar actividades con ellos
- Reducción de horas dispuestas por SDS para el desarrollo de las acciones durante la presente vigencia, y del talento humano destinado para ello.

5.1.3. Espacio vivienda

El espacio vivienda es el escenario de residencia y convivencia permanente o transitoria, donde la persona recibe refugio, acogida y afecto. En este escenario se establecen los vínculos y relaciones sociales de base para el desarrollo de la vida social cultural y política de las personas y las familias (26). El espacio vivienda cuenta con 3 acciones integradoras a saber: 1) “Cuidado para la salud Familiar” que fortalece los procesos de cuidado en las familias reconociendo los patrones culturales, sociales, ambientales en la cual se identifican riesgos colectivos e individuales. 2) “Cuidado para las personas, familias y cuidadores de las instituciones” y 3) “Atención Psicosocial dirigida a víctimas del conflicto armado en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas”.

Cuidado para la salud familiar

Esta acción integradora se tiene tres componentes; i) gestión del riesgo, en el cual se generan alertas oportunas frente a los riesgos en salud de la población de mayor vulnerabilidad mediante la activación de rutas de promoción y mantenimiento de la salud, esto con el propósito de evitar complicaciones y disminuir la morbimortalidad de las personas y familias según su curso de vida. ii) acciones en familia, en este componente se valora a la familia basados en criterios de priorización como lo son los socioeconómicos, ambientales y epidemiológicos, permitiendo el desarrollo de acciones de construcción y fortalecimiento de capacidades, con el fin de promover su salud y el desarrollo integral y prevenir y mitigar riesgos. iii) hogares comunitarios de bienestar (HCB), en este componente se genera en las madres comunitarias, competencias en el saber (conocimientos), ser (actitudes) y hacer (habilidades y destrezas).

Atención psicosocial diferencial para personas, familias, víctimas. (PAPSIVI)

Su objeto es el de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generando a las víctimas, sus familias, y comunidad, como consecuencia de las graves violaciones de los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario. Esta acción integradora abarca tres componentes: i) atención individual y grupal, que comprende los procesos dirigidos a favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional que los hechos de violencia han generado en las víctimas. ii) atención familiar individual y grupal, la cual brinda atención psicosocial a las víctimas, junto con los integrantes de sus familias, procurando la reestructuración y fortalecimiento de los vínculos y las funciones de protección y apoyo que tiene. iii) atención comunitaria individual y grupal, que desprivatiza los daños en el entorno colectivo y que estos sean llevados al ámbito público.

Instituciones persona mayor

Esta acción integradora fortalece factores protectores de la salud individual y colectiva de forma conjunta con las personas mayores y cuidadores para la protección de la salud y la

prevención, control y disminución de la exposición a riesgos mediante la implementación de un proceso que fortalezca potencialidades, capacidades y autonomía.

Población institucionalizada

Su objeto es el de fortalecer los factores protectores de la salud individual y colectiva, de forma conjunta con las personas y cuidadores, mediante la implementación de centros de escucha para el fomento de la promoción de la salud, la prevención, control y disminución de la exposición a riesgos, así como el fortalecimiento de potencialidades en el cuidado de la salud individual y colectiva para cambiar su realidad y tomar sus propias decisiones

A continuación, se presenta la espacialización de las acciones integradoras del espacio vivienda, correspondiente a las actividades realizadas desde cada uno de sus componentes:

Cuidado para la salud familiar

Esta acción integradora se lleva a cabo a lo largo de las 5 UPZ de la localidad de Bosa, con algunas diferencias entre sus componentes; tanto para gestión del riesgo como para acciones en familias sus actividades se realizan en las 5 UPZ de Bosa. Con respecto a los hogares comunitarios de bienestar, se intervinieron 42 HCB, distribuidos en 5 UPZ de la localidad; Apogeo, cuatro (4) HCB ubicados en los barrios Villa del Río y Olarte. Bosa Occidental, doce (12) HCB ubicados en los barrios San Martín, New Yersy, Las margaritas, Diamante, Brasilia, Villas del Velero, Santa fe. Bosa Central, veintiún (21) HCB ubicados en los barrios Carbonell II sector, La Riviera, Argelia II, La Estación, La Amistad, San Pablo II, Piamonte, Naranjos, Manzanares, Jardín, Villa Nohora, San Diego y Azucena. Porvenir, dos (2) HCB ubicados en los barrios El Anhelo, Santa fe. Tintal Norte, tres (3) HCB ubicados en los barrios Las Margaritas, El Triunfo y Potreritos.

Atención psicosocial diferencial para personas, familias, víctimas. (PAPSIVI)

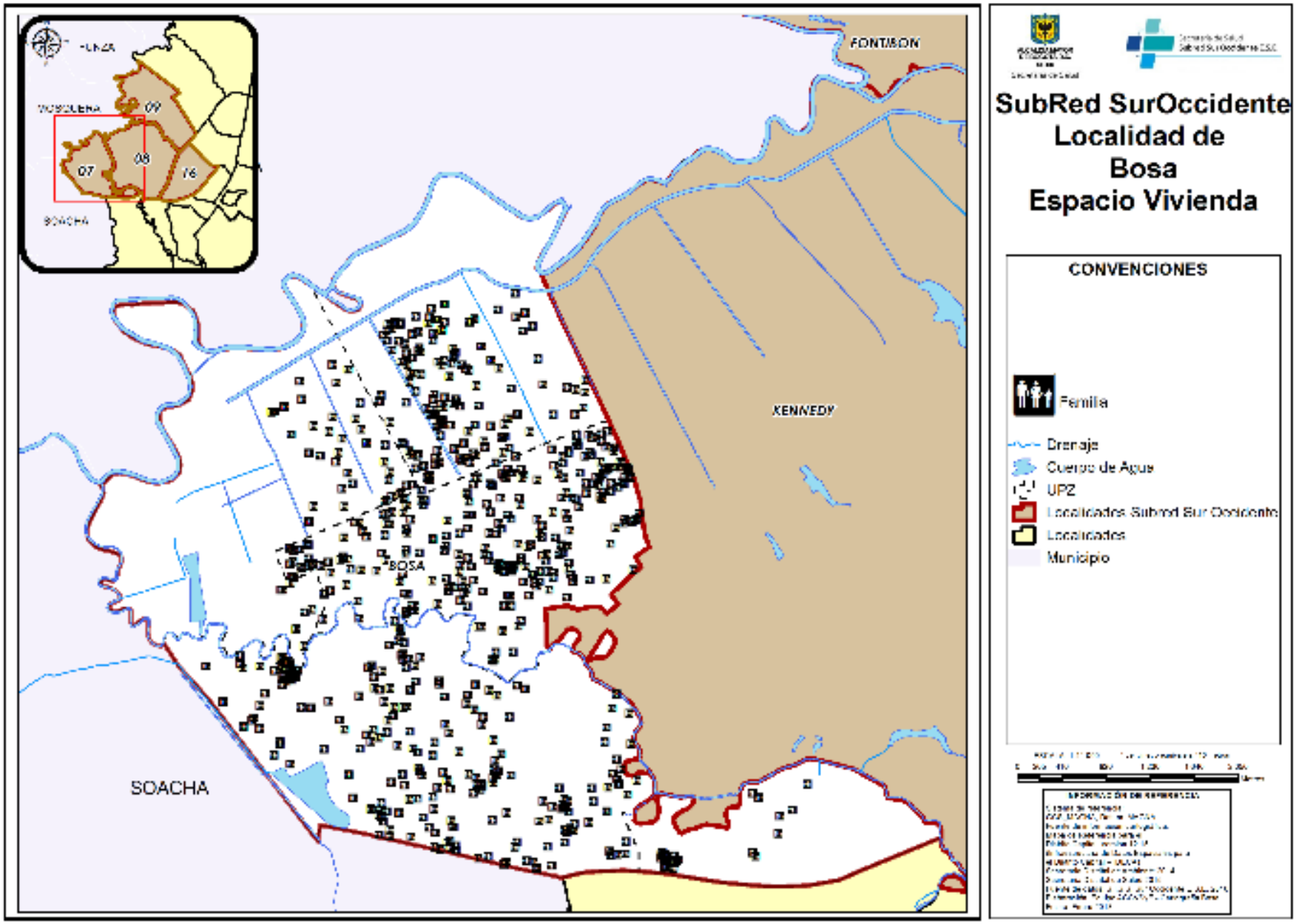
Esta acción integradora se ejecuta en la Subred como un proyecto especial el cual desarrolla sus actividades en los Centros Locales de Atención a Víctimas (CLAV) de las localidades de Bosa, Rafael Uribe, Suba y Chapinero. Sus usuarios o beneficiarios son personas que

residen en todas las localidades de Bogotá y que asisten a estos CLAV para recibir atención psicosocial. Específicamente residentes de la localidad de Bosa se han abordado 449 personas, dada la confidencialidad con la que se deben tratar los datos no es posible espacializar su lugar de residencia.

Instituciones persona mayor

En la localidad de Bosa no se realizan acciones en instituciones de persona mayor ya que estas fueron abordadas en su totalidad por otro proyecto en vigencias anteriores.

Mapa 13. Cobertura acciones integradoras, Espacio vivienda, localidad de Bosa



En el mapa se puede evidenciar que la UPZ de mayor cobertura en las acciones realizadas desde el espacio vivienda es Bosa Occidental (84), seguida de Bosa Central (85), y el Porvenir (86).

5.1.1.2. Análisis de los resultados de las acciones integradoras

El siguiente apartado describe los principales logros alcanzados desde las intervenciones realizadas por el equipo del espacio vivienda en cada una de sus acciones integradoras y componentes.

Cuidado para la salud familiar

Con respecto a esta acción integradora se efectuaron intervenciones en sus tres componentes de la siguiente manera:

- Gestión del Riesgo: Las personas beneficiarias son aquellas afiliadas a capital salud que no han acudido a programas de protección específica (PyD) y detección temprana, en este orden de ideas se han intervenido un total de 31.666 usuarios con visita efectiva residentes en la localidad de Bosa a quienes se les evalúa el riesgo para la identificación de alertas, la intervención incluye la aplicación de un formato de identificación de necesidades, educación sobre la importancia de la asistencia a programas de PyD, activación de rutas y agendamiento de citas.

Es importante destacar que el acceso en general de los usuarios a programas de PyD luego de la intervención realizada es del 62,7 %. Específicamente por programa se evidencia: el 98 % de los niños y niñas menores de 5 años identificados con esquema de vacunación incompleto para la edad lo completaron, el 56,2 % de las personas sin control de salud oral, el 70 % de gestantes sin control prenatal, el 57,7 % de niños y niñas sin control de crecimiento y desarrollo, el 89,7 % de los jóvenes sin control de alteraciones del joven, el 67,1 % de los adultos sin control de alteraciones del adulto, el 55,5 % de las mujeres sin citología, el 81,4 % de las mujeres sin asistencia al programa de cáncer de mama y el 68,6 %

de los usuarios sin control de agudeza visual, asistieron a cita de cada una de sus prioridades luego de la intervención realizada.

- Acciones en Familia: En este componente se efectúan acciones centradas en la familia de acuerdo a las prioridades identificadas que conduzcan al mantenimiento y promoción de la salud. La intervención es de 3.164 familias residentes en la localidad de Bosa que incluye valoración del riesgo social y ambiental, concertación e implementación del plan familiar, monitoreo y evaluación. Durante este proceso se realizan acciones de educación para promover la transformación de los contextos de acuerdo a las necesidades y riesgos encontrados, así mismo de acuerdo a la identificación de riesgos se realiza abordaje integral de la familia con el equipo multidisciplinario (enfermeras, psicólogos, nutricionistas).

En este orden de ideas se identifican los siguientes resultados por prioridad, teniendo en cuenta que los usuarios abordados son remitidos por presentar un evento prioritario en salud pública por parte del área de Vigilancia en Salud Pública (VSP):

- Morbilidad materna extrema: El seguimiento efectivo a gestantes remitidas por VSP es del 86,8 %, con respecto a las gestantes con seguimiento no se notificaron en ellas mortalidades perinatales y/o maternas.
- Sífilis gestacional: El seguimiento efectivo fue del 77,9 %. De las gestantes con seguimiento el 63 % realizaron el tratamiento al igual que el 26 % de las parejas, el 73,9 % de las gestantes asistieron a control prenatal. Finalmente, el 2,1 % de los casos de sífilis gestacional abordados terminaron en sífilis congénita.
- Desnutrición aguda en menores de 5 años: Se intervinieron el 39 % de los casos remitidos, de estos, el 69 % de los niños y niñas tuvieron ganancia de peso para la edad durante el seguimiento, el 83,1 % asistieron a control de crecimiento y desarrollo y el 100 % estaban vinculados a un programa de apoyo alimentario.
- Bajo peso al nacer: El abordaje por parte del equipo de vivienda fue del 46,3 % de los niños y niñas remitidos por VSP, de estos, el 46 % tuvo ganancia de peso para la edad y el 92,6 % asiste a controles de crecimiento y desarrollo.
- Salas ERA: El 66 % de los niños y niñas remitidos por VSP con signos de alarma para la enfermedad respiratoria aguda asistieron antes de las 72 horas a salas ERA.

- Conducta suicida: De los casos remitidos por presentar conducta suicida (ideación, amenaza e intento) el 0,7 % tuvo reincidencia del evento.
- Violencia sexual y económica: Del total de casos remitidos se logró abordar el 51,4 % de los eventos reportados por violencia sexual y el 72,3 % por violencia económica.

La no actualización o captura de los datos de ubicación por parte de los funcionarios de salud, el inadecuado diligenciamiento de los mismos, el desconocimiento de los usuarios parcial o total de los datos de ubicación y el no querer que sean contactados son algunos de las razones por las cuales no es posible acceder al 100 % de las personas remitidas.

- Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB): Para este componente se efectúa el fortalecimiento de capacidades de las madres comunitarias bajo la implementación del AIEPI comunitario. En Bosa se abordaron 42 HCB, con 588 niños y niñas menores de 5 años y 42 madres comunitarias. La intervención realizada incluye construcción, implementación, seguimiento, evaluación y monitoreo del plan de acción.

Es de esta manera que el 100 % de los niños y niñas abordados tenían el esquema de vacunación completo para la edad, el 100 % de los niños y niñas identificados sin control de crecimiento y desarrollo en el momento del seguimiento han asistido a la consulta y el 100 % de las madres comunitarias intervenidas implementan las 18 prácticas del AIEPI comunitario.

Atención psicosocial diferencial para personas, familias, víctimas. (PAPSIVI)

En esta acción integradora, se intervienen 449 personas víctimas en tres componentes; atención individual y grupal 104 beneficiarios, atención familiar 312 beneficiarios y atención comunitaria 33 beneficiarios. Entre las acciones realizadas se encuentran: i) búsqueda activa, focalización y contacto con las víctimas. ii) acercamiento y reconocimiento de necesidades de atención psicosocial y recursos de afrontamiento. iii) atención psicosocial. iv) Valoración para continuidad o cierre. v) seguimiento.

Como resultado de la intervención realizada con las víctimas se identifica que el 63 % de los beneficiarios presentan expresiones de bienestar y satisfacción con restauración de roles y

actividades. El 16 % tiene expresiones de bienestar y satisfacción por cambios alcanzados. El 10 % manifiestan nuevos sentidos y formas de enfrentar la violencia. El 6 % identifican formas eficientes y funcionales de enfrentar las dificultades. Por otro lado, en el 73,6 % de las familias abordadas se percibe organización y funcionamiento eficaz con capacidad para enfrentamiento de situaciones, tensión y problemas. El 8,2 % de las familias tienen la capacidad de darle nuevos sentidos a la experiencia de los hechos de la violencia.

5.1.4. Espacio trabajo

El espacio Trabajo es el escenario donde las personas desarrollan actividades económicas para garantizar el sustento material propio y de sus familias. En Salud Pública, este espacio materializa la política para la salud y calidad de vida en entornos laborales. Su accionar busca transformar las percepciones y prácticas relacionadas con la labor que inciden en las condiciones de salud del trabajador o trabajadora, y en la calidad de vida de la población del sector informal de la economía, en articulación con actores institucionales e intersectoriales, entendiendo el trabajo como un determinante de la salud en la población económicamente activa (26).

El espacio Trabajo cuenta con 2 acciones integradoras a saber: “Ruta para alejarse del trabajo infantil” donde se desvincula de manera progresiva a los niños niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil y la “Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud”.

5.1.1.3. Análisis de los resultados de las acciones integradoras

Para el presente capítulo el espacio trabajo realizó actividades en las siguientes estrategias: desvinculación progresiva de niños, niñas y adolescentes de peores formas de trabajo, así como la estrategia de entornos saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud, la cual abarcó población entre los 18 y mayores de 60 años.

Así, en términos generales para la Subred, desglosados por localidad se tienen los siguientes resultados de población abordada: Se caracterizaron 187 niños y niñas en peores formas de trabajo infantil (en adelante PFTI) y 129 adolescentes. En cuanto a la población abordada

para la estrategia de entornos saludables se tiene un total de 248 personas caracterizadas en UTIS de alto impacto y 416 trabajadores en UTIS de mediano impacto.

De acuerdo con los anteriores datos se tuvieron un total de 564 niños y niñas abordadas en PTFI y 331 adolescentes en PTFI en la Subred Suroccidente, mientras que se abordaron un total de 778 personas en la estrategia de entornos saludables en UTIS de alto impacto y 1510 trabajadores en UTIS de mediano impacto en todas las 4 localidades de la Subred Suroccidente.

A continuación y de acuerdo con las anteriores cifras, se hará un análisis de los indicadores obtenidos en cada localidad; cabe resaltar que el indicador es menor en cuanto al PTFI de población entre los 14 y 17 años en general para las 4 localidades debido a que esta población puede considerarse como población económicamente activa, que ayudan en los gastos del hogar, en ocasiones porque son cabeza de hogar y deben sostener una familia, se acostumbran a recibir una compensación monetaria que les garantiza una calidad de vida confortable, no tienen acceso y oportunidades al estudio o porque no encuentran espacios que les permitan desarrollar otro tipo de actividades en su tiempo libre.

En la localidad de Bosa se trabajó en la estrategia de desvinculación progresivas de Niños, Niñas y Adolescentes de peores formas de trabajo. Para la población entre los 5 y 14 años los indicadores de esta acción integrada arrojaron los siguientes resultados:

Porcentaje de niños y niñas trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil fue del 97 % de los niños y niñas caracterizados (187).

En esta localidad se caracterizaron población en las UPZ Bosa Occidental, Bosa Central y Bosa Porvenir. Estas UPZ se caracterizan por ser comerciales y residenciales, principalmente, aunque cuentan con otros tipos de UTIS como talleres de mecánica, carpinterías y ventas ambulantes. Entre las UTIS donde se evidenció de alguna forma la presencia de niños entre los 5 y 14 años se encuentran peluquerías, tiendas y misceláneas, donde además de estar expuestos a productos químicos en el caso de las peluquerías, también se expone a situaciones relacionadas con la inseguridad en los negocios. También se identificaron UTIS relacionadas con la actividad del reciclaje como lo es la recolección lo

que expone a los menores a riesgos de accidentes de tránsito, así como a otros riesgos como cortaduras y exposición a químicos y malos olores que pueden originar enfermedades respiratorias. Otra actividad está relacionada con la atención en panaderías y restaurantes, el cual existe el riesgo a quemaduras y cortadas con elementos cortopunzantes propias de esta actividad, así como a factores de inseguridad por robos y atracos.

En cuanto a población comprendida entre los 15 a 17 años el porcentaje de adolescentes trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil el 51 % de los adolescentes caracterizados (129). Esta población fue caracterizada en las mismas UPZ de población entre los 5 y 17 años, las actividades que desarrollaron están relacionadas al cuidado de otros menores, ocasionando riesgos tanto para el menor como para el cuidador, prácticas inadecuadas de crianza, suministro inadecuados de alimentos al menor, etc. También se evidenció actividades como el reciclaje, causando riesgos de accidentes de tránsito, cortaduras, problemas respiratorios y específicamente en esta población existe el riesgo a consumo de SPA. Y de atención al público en general lo cual genera riesgos de inseguridad por atracos y agresiones.

En cuanto a la estrategia de entornos laborales saludables el indicador de porcentaje de UTIS de alto impacto que implementan la estrategia de entornos laborales saludables fue del 80 % del total de las UTIs caracterizadas (210). Estas UTIS identificaron en las UPZ Bosa Occidental, Bosa Central y Bosa, donde se localizan UTIS con gran uso de elementos químicos como peluquerías, negocios de impresión, fabricación y reparación de muebles, ferreterías, lo que genera riesgos a la salud como dolores de cabeza, dolor en articulaciones, enfermedades respiratorias, entre otras. Para las UTIS de mediano impacto Porcentaje de UTIS que implementan la estrategia de entornos laborales saludables fue del 92 % de total de las UTIS caracterizadas.

5.2. PROCESOS TRANSVERSALES

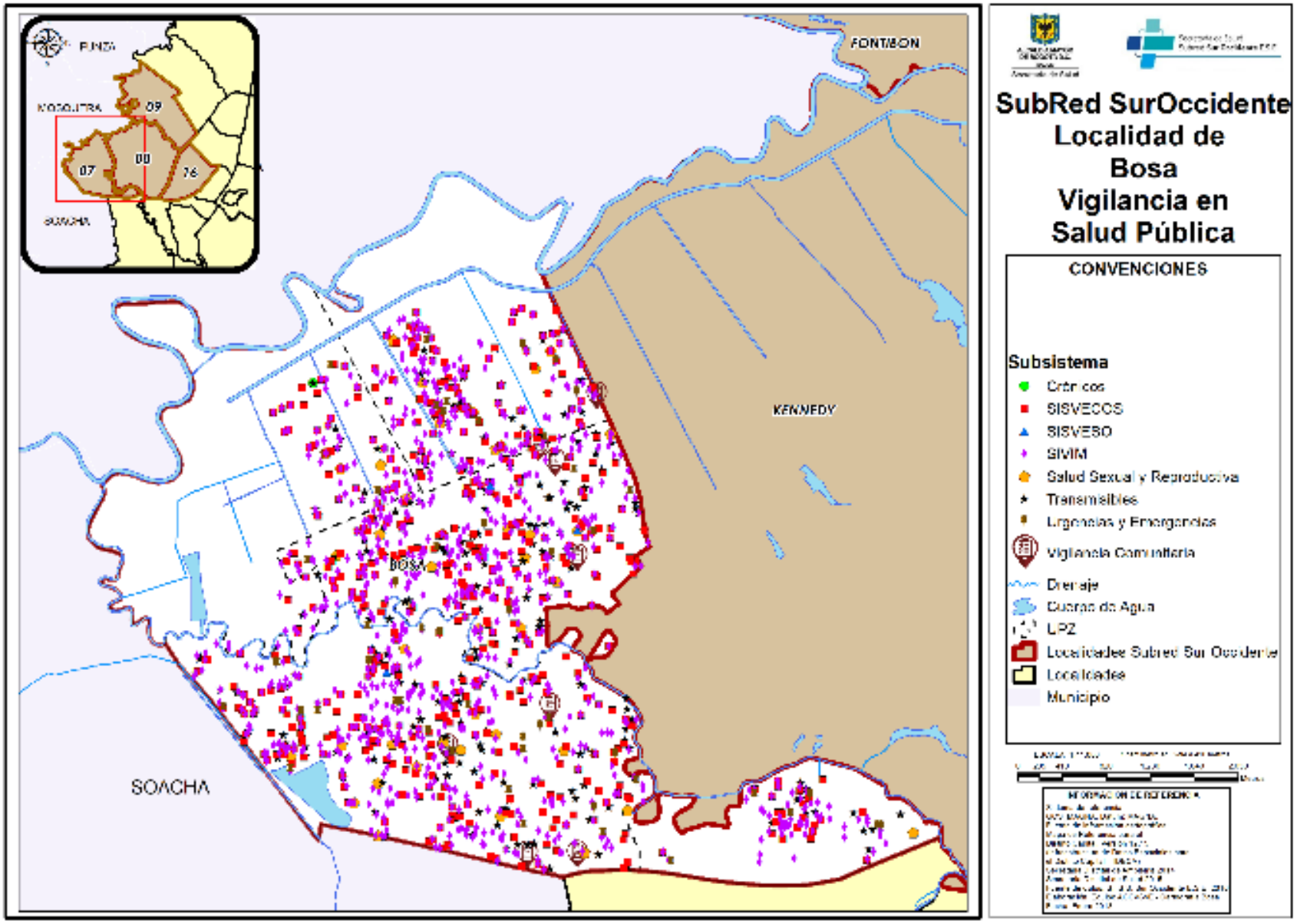
5.2.1. Vigilancia en Salud Pública (VSP)

La Vigilancia de la Salud Pública es un proceso de monitoreo crítico de los determinantes y condiciones de la salud colectiva que permite fundamentar la evaluación de las acciones emprendidas, implica que su abordaje contemple la vigilancia demográfica, vigilancia epidemiológica, servicios de salud y la relación de las condiciones ambientales y la salud. El desarrollo de este abordaje implica tres acciones integradas: 1) Gestión de la información, 2) intervenciones individuales y colectivas y 3) análisis y retroalimentación de la información (28). Además, incorpora el monitoreo de eventos que son de gran impacto en la salud de la población de la ciudad y que aún no están considerados en el sistema nacional de Vigilancia de la salud pública y está conformada por los siguientes subsistemas (28):

- Sivigila (Sistema nacional de vigilancia en salud pública)
- ESTADISTICAS VITALES
- Sisvea (Sistema de vigilancia epidemiológica y ambiental)
- Sivim (Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual)
- Sivelce (Sistema de vigilancia epidemiológica de las lesiones de causa externa)
- Sisvecos (Sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida)
- Vespa (Sistema de vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas)
- Sisvan (Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional)
- Sisveso (Sistema vigilancia epidemiológica de la Salud Oral)
- Sivistra (Sistema vigilancia epidemiológica ocupacional de las y los trabajadores en la economía informal)
- Crónicas (cáncer)
- Discapacidad
- Vigilancia Comunitaria
- Atención de Urgencias y Emergencias en SP

A continuación, se presenta la espacialización de las acciones integradoras de VSP, correspondiente a Intervenciones individuales en los subsistemas de Salud Mental (Sivim, Sisvecos), Transmisibles (transmisibles y SSR-MI), Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sisvan), no transmisibles (Crónicos y Sisveso), urgencias y emergencias y Vigilancia en Salud Pública Comunitaria.

Mapa 14. Cobertura de intervenciones epidemiológicas de campo, Vigilancia en Salud Pública, localidad de Bosa



En el mapa se puede evidenciar que existe una alta concentración de intervenciones en toda la localidad, siendo mayor en las UPZ Bosa Central y Bosa Occidental, mientras que la UPZ Tintal Sur tiene la menor proporción, lo que coincide con la distribución de la población en la localidad, siendo la segunda a nivel de la Subred con mayor número de intervenciones en salud pública después de la localidad de Kennedy.

En general, se puede evidenciar que la mayor proporción de intervenciones corresponden al componente de Salud Mental con los subsistemas SIVIM y SISVECOS que corresponden al 38 % y 26 % de las intervenciones de VSP realizadas en la localidad de Bosa, explicando la alta concentración de violencias en la localidad, que es la más alta a nivel Distrital para el año 2016, dada principalmente por la violencia sexual y la violencia intrafamiliar.

5.1.1.4. Análisis de los resultados de las acciones integradoras

El desarrollo de las acciones de Vigilancia en Salud Pública se describe por cada uno de los subsistemas que la componen, enmarcadas en las tres acciones integradoras que implica, durante el período abril a octubre de 2017.

En la acción integradora de gestión de la información, participan todos los subsistemas definidas por las actividades de Actualización y mantenimiento de las UPGD-UI que conforman la red de operadores de la Vigilancia en Salud Pública y la gestión informática de cada uno de los subsistemas.

Para la acción integradora de análisis de la información, durante la vigencia se elaboró el Anuario VSP 2016 y el boletín epidemiológico del primer semestre de 2017, donde se realiza el análisis epidemiológico de los eventos sujetos a vigilancia en el cual participan cada uno de los componentes. Además, de manera mensual se realiza el COVE (Comité de Vigilancia Epidemiológica) local con la participación de todos los componentes con temáticas que dan cuenta de situaciones o eventos en salud prioritarios acordados y de forma bimensual por cada dos localidades se realiza el Covecom (Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria) para el análisis de información a partir de las necesidades sentidas de la comunidad. Asimismo, se realizan las matrices de seguimiento a indicadores trimestrales

correspondientes a los subsistemas de análisis demográfico, salud materno infantil y salud sexual y reproductiva, Sivigila y Urgencias. Finalmente, se realizan unidades de análisis de los eventos priorizados de morbilidad y mortalidad según sea el caso, de acuerdo a protocolos definidos.

- Sivigila (Sistema nacional de vigilancia en salud pública): este componente comprende las tres acciones integradoras de VSP, en las asistencias técnicas a UPGD (Unidades Primarias Generadoras de Datos) y UI (Unidades Informadoras) y la ampliación de la red, durante el período abril a octubre de 2017, se realizaron 49 asistencias técnicas con un incremento del 49 % frente a la vigencia anterior, a pesar de que no se cuenta con una meta específica para esta actividad. Por otro lado, se han notificado 1.217 eventos esto se debe por la disminución de la fase epidémica de algunos eventos transmisibles. Desde salud sexual y reproductiva se priorizan dos UPGD y se realizan cinco capacitaciones en eventos relacionados, para el subsistema de transmisibles se realizan 34 asistencias técnicas a UPGD.

En cuanto las intervenciones, desde el componente de salud sexual y reproductiva se realizan 81 intervenciones efectivas y 12 fallidas y se priorizan 82 casos de sífilis gestacional y congénita, en el subsistema de eventos transmisibles se realizan 255 intervenciones, que permiten el seguimiento de los casos, así como aplicación de medidas de control y mitigación, en caso de ser necesario, sin embargo se evidencian dificultades como la notificación tardía de los eventos o la negación de los usuarios para realizar las intervenciones.

Frente al análisis se realizaron desde el componente de SSR 21 unidades de análisis de eventos de morbimortalidad en SSR y nueve análisis en el componente transmisibles, gracias a los cuales se logra profundizar en las causas y atención en salud de los eventos analizados, empero se ha evidenciado falta de compromiso y ejecución de acciones en las instituciones frente a los hallazgos que requieren formulación de planes de mejoramiento.

- Estadisticas Vitales: el subsistema responde a las acciones integradoras de gestión y análisis de la información para el adecuado registro de los hechos vitales, en este sentido, durante la vigencia se desarrollaron 23 asistencias técnicas que corresponden

al 100 % de las UPGD que registran hechos vitales en la localidad, para fomentar el compromiso en el correcto diligenciamiento de los certificados de defunción por parte del personal médico.

- Sivim (Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual): la implementación de este subsistema agrupa las tres respuestas integradoras de la VSP, referente a las intervenciones epidemiológicas de campo se encuentra que para el período abril a octubre de 2017, se intervinieron 1479 casos de violencia, lo que equivale al 35 % del total de la Subred, dando seguimiento a la totalidad de casos reportados de acuerdo a las directrices del subsistema, aunque dentro de las limitaciones se encuentra el alto número de visitas fallidas por falencias en la calidad del dato.

- Sivelce (Sistema de vigilancia epidemiológica de las lesiones de causa externa): en este subsistema se realiza investigación epidemiológica de campo a los casos de personas que acuden a los servicios de urgencias por lesión de causa externa, donde se indaga por la calidad de la atención, antecedentes de salud, riesgos vitales frente a la lesión y estado de salud actual de la persona, para el período se notificaron 62 casos en la Subred y se realizaron 11 intervenciones en la localidad. Durante la vigencia se ha observado un incremento en la notificación por parte de los servicios de urgencias, no obstante, se ha presentado un importante número de visitas fallidas debido a fallas en la calidad del dato y resistencia de los usuarios a la intervención.

- Sisvecos (Sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida): en el subsistema Sisvecos se realiza investigación epidemiológica de campo a los casos de personas con conducta suicida donde se realiza mitigación de factores de riesgo para reincidencia de la conducta, para el período se notificaron 2.341 casos en la Subred, de los cuales 835 intervenciones se realizan en Puente Aranda, aunque existe un importante número de visitas fallidas debido a problemas en la calidad del dato.

- Sisvan (Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional): durante el período en este subsistema se realizan 13 visitas de asesoría, asistencia técnica y mantenimiento a las UPGD y se realizó el censo de equipos antropométricos y talleres de antropometría,

además se realiza vigilancia y seguimiento a los eventos de mortalidad por y/o asociada a la desnutrición (evento 112) bajo peso al nacer (evento 110) y desnutrición aguda moderada y severa en menores de años(evento 113) a través de 238 intervenciones, se realiza seguimiento de indicadores del estado nutricional de la población producto de las bases de notificación mensual a través de siete matrices y se realiza monitoreo de la SAN del escolar en cuatro colegios centinela.

Las anteriores intervenciones son pertinentes ya que fortalecen el proceso y responden al riesgo identificado, no obstante, las estrategias para la SAN escolar se quedan cortas frente a la demanda y problemáticas de población escolar identificadas durante el proceso.

- Sisveso (Sistema vigilancia epidemiológica de la Salud Oral): durante el período en el subsistema se notifican a través de la vigilancia centinela 844 individuos con eventos priorizados (Caries cavitacional, lesión mancha blanca, lesión mancha café, gingivitis, periodontitis y fluorosis) para esta vigencia la meta establecida se disgrego por grupo de edad, poniendo gran énfasis en los siguientes grupos poblacionales: 0 a 4 años, 5 a 9 años y mayores de 60 años, además se notifican 101 individuos en la vigilancia de la población de control. Por otro lado, se realizan 26 asistencia técnicas, frente a dos en la vigencia anterior, sin embargo, se encuentra que el número de asistencias propuesto por nivel central ha sido insuficiente para permitir una operación regular y con los criterios de calidad que se espera en un sistema de vigilancia.

Referente a las investigaciones epidemiológicas de campo, se han realizado siete para identificar factores sociodemográficos, culturales y económicos que permitan establecer las causas de los resultados en salud oral y establecer factores de riesgo, protectores para así mitigar los resultados en salud oral de la población y se realiza una unidad de análisis de alto impacto en salud oral, a menores de 5 años o gestantes con criterios de alerta.

- Sivistra (Sistema vigilancia epidemiológica ocupacional de las y los trabajadores en la economía informal): en el subsistema se realizan asistencias técnicas para fortalecer la notificación de eventos (accidentes y enfermedades), que ocurren en los trabajadores informales, orientando criterios de priorización. En esta vigencia, las asistencias técnicas en UPGD, se priorizan los eventos de accidentes (moderados y graves) y de

enfermedades, aquellas que afecten sistema respiratorio, cáncer, hipoacusias, dermatitis o dermatosis, alteraciones neuromotoras asociadas a la exposición a agentes químicos, entre otras, en este sentido se realizaron 10 asistencias. Asimismo, se realizan 129 intervenciones epidemiológicas de campo de alto impacto, para esta vigencia se implementa la vigilancia de las condiciones de riesgo químico, para determinar el nivel de riesgo y las posibles condiciones en salud asociadas a esta exposición, también se realizan 31 intervenciones de control, a través de las condiciones psicosociales de los trabajadores del sector informal, determinando el nivel de riesgo asociado.

Aunque las acciones planteadas del subsistema se consideran pertinentes y suficientes, existe una baja notificación de eventos por diferentes espacios y por las UPGD, por lo que es necesario realizar búsqueda activa de eventos por parte de los profesionales para las intervenciones.

- Crónicas: en el subsistema se realizan durante el período dos asistencias técnicas a las UPGD enfocadas en el ajuste de casos y capacitación sobre AIEPI clínico en cáncer infantil, retroalimentación de ajuste de casos y medición de los indicadores de calidad en la atención para cáncer infantil, de mama y cuello del útero. Aunque esta actividad se adapta a la realidad y da respuesta a una prioridad, se hace necesario incluir a todas las UPGD que desarrollen acciones de detección temprana, así como el tiempo destinado al proceso.

Asimismo, se realizaron cinco intervenciones epidemiológicas de campo para describir la atención recibida en las IPS posterior al desenlace de la patología, con la mirada de la familia la que no siempre coincide con la de las instituciones, develando entre otras cosas la efectividad de la información que se imparte a los familiares de los usuarios y que se registra en las historias clínicas. Además, se realizan cuatro unidades de análisis de eventos bajo vigilancia. Por otro lado, como acciones adicionales se ha realizado un taller de prevención del cáncer que se han desarrollado por solicitud de la comunidad, lo que ha permitido el posicionamiento y reconocimiento del componente dentro de las EAPB y UPGD dentro de la gestión del riesgo de la morbilidad de la Subred.

- Discapacidad: se realizaron 16 asistencias técnicas a UPGD para el seguimiento al proceso de calidad y oportunidad en la identificación de personas con Discapacidad, no obstante, el número propuesto por nivel central ha sido insuficiente para permitir una operación regular y con los criterios de calidad que se espera en el subsistema. Además, se ha realizado el registro de localización y caracterización de 1.061 personas con discapacidad a través de la estrategia de puntos fijos, visitas domiciliarias, visitas institucionales, búsqueda activa de población en la red local de atención en salud y del registro itinerante en espacios del PIC, lo que permite recoger información sociodemográfica de la población y mejorar procesos de inclusión y visibilización en este grupo poblacional.

- Vigilancia Comunitaria: en el período se han realizado 13 asistencias técnicas a unidades informadoras donde se realiza sensibilización en temas de promoción y prevención de la salud, así como de eventos de interés en salud pública y se han notificado en la base de identificación 45 problemáticas. Además, se realizan 2 COVECOM en la UPZ Bosa Central barrios San José y Villa Suaita sobre problemáticas en salud oral y salud sexual y reproductiva. Por otro lado, se realizaron seis Intervenciones Social Epidemiológicas de Campo en las UPZ Ciudad Montes y San Rafael, con el fin de identificar y analizar las situaciones y los problemas colectivos que afectan la salud y calidad de vida de las comunidades haciendo énfasis en las UPZ priorizadas con un enfoque de salud urbana con participación social y ciudadana.

- Atención de Urgencias y Emergencias en SP: durante abril a octubre de 2017 se realizan acciones encaminadas a la atención de manera organizada para la respuesta ante urgencias y emergencias a nivel local, que incluye: logística, caracterización del evento, articulación con otros sectores, medidas de control y/o mitigación, informes o reportes del evento (61 brotes atendidos), asistencia a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales a los que se fue convocados en desarrollo de las Urgencias y Emergencias en salud pública, con 12 reuniones de línea. Se representa a la Unidad Prestadora de Servicios de Salud en tres PMU convocados por el Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático -

SDGR -CC cuando se requirió y se participa activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del Subsistema, programados según necesidad y oportunidad.

Aunque se da cumplimiento al 100 % de los casos notificados y adicionalmente de los identificados durante la búsqueda activa que se realiza por el ERI, que es equipo integral, el volumen de notificación muchas veces no coincide con lo programado para la facturación, adicionalmente, se considera que los criterios impuestos por los lineamientos distritales no abarcan a toda la población.

La vigilancia en Salud Pública al tener una función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, por vigilar eventos de interés tanto a nivel nacional como internacional, se convierte en uno de los principales pilares de la salud pública y todas sus acciones son de carácter prioritario y de obligatorio cumplimiento y aplicación. Lo anterior permite que las acciones desarrolladas se mantengan en el tiempo y no estén sujetas a programas de gobierno, planes institucionales u otros intereses.

No obstante, se presentan varias limitaciones en el proceso de vigilancia, como la inadecuada notificación por parte de las UPGD por alta rotación del personal, falta de compromiso y sobrecarga de funciones, alta demanda de intervenciones que se ve limitada por las metas establecidas y la disponibilidad de equipos de respuesta, tiempos limitados para el desarrollo de la totalidad de actividades, problemas con la calidad del dato que aumenta el número de intervenciones fallidas.

5.1.1.5. SISVEA - Sistema de vigilancia epidemiológica ambiental

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ambiental Sisvea tiene como fin ejecutar un monitoreo crítico de los factores ambientales que inciden sobre el proceso salud enfermedad de la población de la Subred y con unos proyectos especiales de la población del Distrito Capital.

El subsistema Sisvea está conformado por las siguientes líneas en las cuales a parte de las acciones locales a realizar también tienen proyectos de cobertura Distrital, señalados a continuación:

1. Línea de Aire, Ruido y Radiaciones Electromagnéticas

➢ Acciones

- Aplicación de encuesta de caracterización de posibles factores de riesgo de enfermedad respiratoria por exposición a contaminación del aire; aplicación de encuesta sobre efectos auditivos y/o extra auditivos asociados a ruido por inmisión
- Comunicación social del riesgo para divulgar beneficios para la salud del control de los niveles de contaminación del aire, control de niveles de ruido, disminución de la exposición a radiación electromagnética, disminución de intoxicaciones por monóxido
- Definición de unidades centinela de exposición a contaminación del aire, ruido y radiación electromagnética para la vigilancia
- Operativos de control en las temáticas de la línea
- Quejas atendidas relacionadas con temáticas de la línea contaminación del aire intramural y extramural, instalación de infraestructura eléctrica y de comunicaciones, niveles de monóxido de carbono intramural, niveles de inmisión de ruido e incumplimiento

2. Línea de Alimentos sanos y seguros

➢ Acción

- Inspección, vigilancia y control sanitario

➢ Proyecto de Cobertura Distrital

- Vigilancia intensificada a refrigerios y catering

3. Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico

➢ Acción

- Inspección, vigilancia y control sanitario

➢ Proyectos de Cobertura Distrital

- Vigilancia intensificada Subsistema Distrital para la protección y control de la calidad del agua para consumo
- Vigilancia intensificada en instituciones protectoras de la persona mayor
- Observatorio de Salud Ambiental

4. Línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico

- ➢ Acciones
- Vacunación antirrábica canina y felina
- Esterilización canina y felina
- Observación y seguimiento al animal agresor
- Inspección, vigilancia y control sanitario
- ➢ Proyecto de Cobertura Distrital
- Operación del centro de zoonosis

5. Línea de Medicamentos Seguros

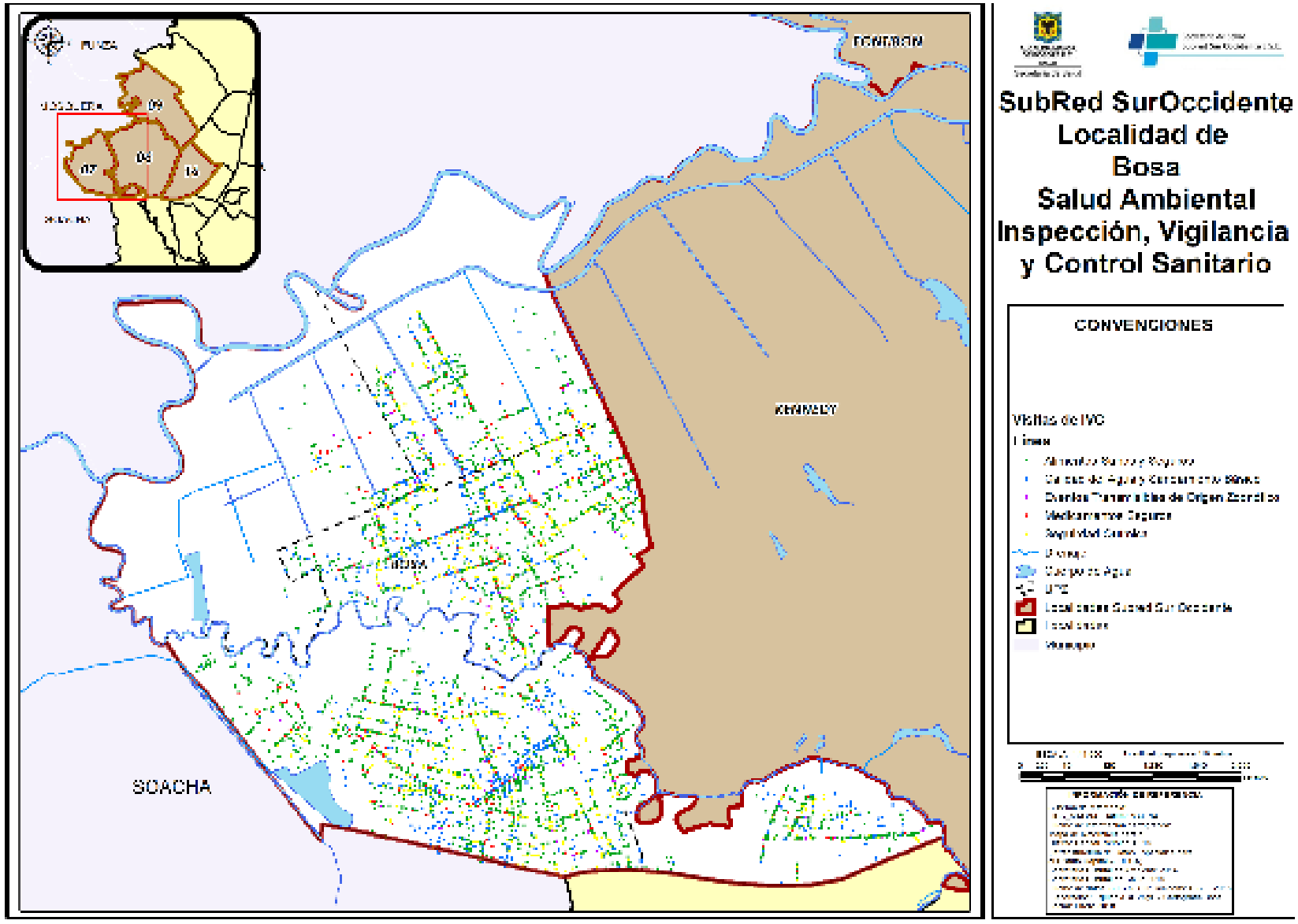
- ➢ Acción
- Inspección, vigilancia y control sanitario
- ➢ Proyecto de Cobertura Distrital
- Acciones Vigilancia Intensificada a Equipos Biomédicos

6. Línea de Seguridad Química

- ➢ Acción
- Inspección, vigilancia y control sanitario
- ➢ Proyectos de Cobertura Distrital
- Acciones Vigilancia Intensificada a Empresas Aplicadores de Plaguicidas y/o Lavado de Tanques de agua potable a nivel del Distrito Capital
- Vigilancia Intensificada – Prevención Integral En Salud Ambiental – PISA

A continuación, se presenta la espacialización de las acciones integradoras del Subsistema Sisvea, correspondiente a Intervenciones de las líneas de alimentos sanos y seguros, calidad de agua y saneamiento básico, eventos transmisibles de origen zoonótico, medicamentos seguros y seguridad química.

Mapa 15. Cobertura de visitas de Inspección, vigilancia y Control Sanitario, Subsistema Sisvea de Vigilancia en Salud Pública, localidad de Bosa



En el mapa se puede observar una distribución homogénea por las zonas y corredores comerciales de la localidad, pero existe una mayor concentración de visitas de Inspección, vigilancia y control sanitario en las UPZ Bosa Central y Bosa Occidental que concentran la mayor cantidad de predios con usos comerciales de la localidad, seguidas estas UPZ por las UPZ Apogeo y El Porvenir que tienen una menor proporción de predios con usos comerciales mientras que la UPZ Tintal Sur tienen la menor concentración de intervenciones debido a su baja cantidad de predios de usos comercial.

La distribución de las intervenciones en la localidad se localiza en corredores viales netamente comerciales en su mayoría, otros mayoritariamente comerciales, otros en vías cercanas o vías que intersecan a los corredores comerciales de vías principales y en muy baja proporción comercios barriales alejados de las zonas comerciales principales y secundarias descritas antes. Las UPZ Bosa Central, Bosa Occidental y en unos barrios específicos en las otras UPZ caracterizados por ser de aparición no regulada, se caracterizan por la mayoría de intervenciones debido a que la mayoría de predios residenciales cercanos a ejes comerciales han sido modificados para tener también un uso comercial en el primer piso e incluso hasta en segundos pisos; de igual manera se da esta situación en predios ubicados en barrios que están más alejados de los sectores y corredores comerciales que al igual que los anteriores se caracterizan por ser barrios de similares características al igual que los predios y sus modificaciones.

En general, se puede evidenciar que la mayor proporción de visitas de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario corresponden a la Línea de Alimentos Sanos y Seguros con el 54 % de las visitas de Sisvea durante el 2017.

5.1.1.5.1. Análisis de los resultados de las acciones integradoras

El desarrollo de las acciones de Sisvea se describe por cada uno de las líneas que la componen.

1. Línea de aire, ruido y radiaciones electromagnéticas

- Se Aplicaron 1037 encuestas de caracterización de posibles factores de riesgo de enfermedad respiratoria por exposición a contaminación del aire y sobre efectos auditivos y/o extra auditivos asociados a ruido por inmisión con el propósito de analizar los riesgos que tiene la comunidad frente a enfermedades respiratorias por contaminantes del aire, efectos auditivos asociados a ruido por inmisión y síntomas de salud no específicos asociados a radiaciones electromagnéticas.

- Se realizaron 16 capacitaciones de Comunicación social del riesgo para divulgar beneficios para la salud del control de los niveles de contaminación del aire, control de niveles de ruido, disminución de la exposición a radiación electromagnética, disminución de intoxicaciones por monóxido con el propósito de sensibilizar a la población sobre efectos en salud por contaminantes atmosféricos, ruido, exposición a radiaciones electromagnéticas, intoxicaciones por monóxido y efectos en salud por consumo o exposición al humo del tabaco.

- Se definieron 14 unidades centinela de exposición a contaminación del aire, ruido y radiación electromagnética para la vigilancia con el propósito de la caracterización sanitaria y ambiental de los establecimientos.

- Se efectuaron 58 Operativos de control con el propósito de realizar inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento a la ley 1335 del 2009, en caso de evidenciar incumplimiento se remite a la Entidad encargada (Policía y/o Alcaldía) para que se tomen acciones pertinentes.

- Se atendieron 69 Quejas relacionadas con temáticas de la línea contaminación del aire intramural y extramural, instalación de infraestructura eléctrica y de comunicaciones, niveles de monóxido de carbono intramural, niveles de inmisión de ruido e incumplimiento con el propósito de realizar encuestas dependiendo de las temáticas de la línea (contaminación del aire, ruido, radiaciones electromagnéticas, olores ofensivos, espacios libres de humo), identificando la posible afectación en salud, derivada de la actividad señalada.

2. Línea de alimentos sanos y seguros

- Se realizó la acción de Inspección, vigilancia y control sanitario realizando 6246 intervenciones de las cuales 411 Favorables, 5722 Pendientes y/o favorable con requerimientos, 55 Desfavorables y 58 negocios terminados; fueron inspeccionados 247 vehículos de transporte de alimentos todos con cumplimiento al 100 %. Se realizaron Actividades de información y comunicación con 778 capacitaciones a 1714 personas. Se efectuaron Operativos de carnes con intervención a 25 establecimientos en las 5 UPZ donde se socializó la inscripción y solicitud de autorización sanitaria a 2 establecimientos. Todo lo anterior con el propósito de realizar Visitas de inspección, vigilancia y control de acuerdo a la normatividad sanitaria, con el fin de contribuir a garantizar la prevención y control de los diferentes factores de riesgo y determinantes que puedan afectar la calidad e inocuidad de los alimentos y bebidas.

3. Línea de calidad del agua y saneamiento básico

- Se realizó la acción de Inspección, vigilancia y control sanitario con 155 Intervenciones en salud pública, que consistieron en visitas a establecimientos abiertos al público en la localidad con el propósito de garantizar las condiciones higiénicas y sanitarias de cada uno de los establecimientos objeto de la vigilancia de esta línea al igual que los productos que allí se expenden, acorde a la normatividad existente y se debe aplicar los aspectos técnicos descritos en este documento.

4. Línea de eventos transmisibles de origen zoonótico

- Se cumplió con la Vacunación antirrábica canina y felina a 8808 Caninos, 4874 Felinos para un Total de 13682 animales vacunados con el fin de aplicar el biológico antirrábico a caninos y felinos de forma gratuita para evitar la presentación de casos de rabia.

- Se realizó esterilización canina y felina a un total de 8178 animales con el propósito de controlar el crecimiento poblacional canino y felino a través de la estrategia de esterilización quirúrgica dirigido a caninos y felinos (incluye machos y hembras) de

forma gratuita, continua, permanente y masiva, siguiendo los lineamientos entregados por la Secretaría Distrital de Salud y a su vez Promover, Sensibilizar y Educar a la comunidad que accede al Programa acerca de la Tenencia adecuada y responsable de los animales de compañía.

- Se efectuó la observación y seguimiento a 273 animales agresores (canino y felino) con el fin de verificar el estado del animal buscando con ello establecer la presencia o no del virus rábico en el mismo, dando con ello cumplimiento a lo establecido en el protocolo de vigilancia de la rabia, observación durante 15 días.

- Se realizó la acción de Inspección, vigilancia y control sanitario visitando un total de 162 establecimientos veterinarios de los cuales fueron terminados 15, con concepto desfavorable 1, con concepto favorable 34, con concepto favorable con requerimiento 79, con concepto pendiente 24 y 9 que se aplaza emisión del concepto. Lo anterior con el propósito de verificar las condiciones higiénicas sanitarias de los establecimientos médicos veterinarios (clínicas y consultorios veterinarios) con el fin de emitir un concepto sanitario.

5. Línea de medicamentos seguros

- Se realizó la acción de Inspección, vigilancia y control sanitario efectuando un total 991 visitas a establecimientos, de los cuales, a 1 se le otorgó concepto terminado, 105 tuvieron concepto favorable, 646 favorable con requerimientos, 200 se aplaza la emisión del concepto y 39 con concepto desfavorable; Realizando estas visitas a los establecimientos distribuidores de productos farmacéuticos, equipo biomédico y dispositivos médicos con base en el Plan de Intervenciones de la Secretaría Distrital de Salud, de manera dinámica, oportuna, programada y permanente e incluyendo el apoyo al desarrollo de actividades derivadas de alertas sanitarias

6. Línea de seguridad química

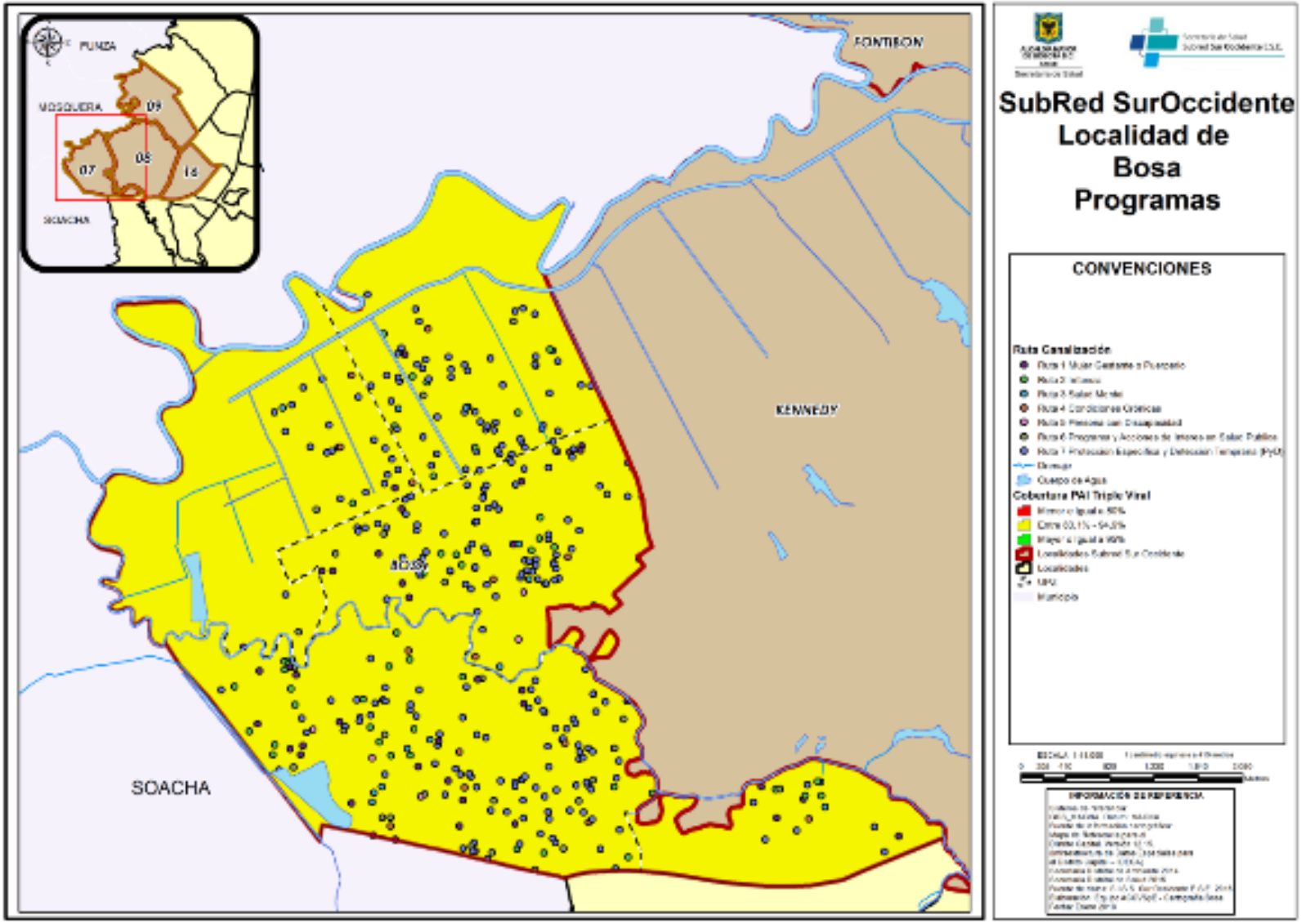
- Se realizó la acción de Inspección, vigilancia y control sanitario con 1491 intervenciones efectuadas en visitas a establecimientos industriales, de las cuales se dieron con

conceptos sanitarios favorables 305, aplazados 286, favorables con requerimientos 856, desfavorables 24 y establecimientos terminados 20; Teniendo como objetivo verificar el cumplimiento de las condiciones higiénicas y sanitarias definidas en la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) y sus normas reglamentarias, en establecimientos con actividades económicas industriales, comerciales o de servicios, en los cuales se emplean sustancias químicas en cualquiera de sus etapas de vida: producción, manejo, almacenamiento, o comercialización, y en aquellos en los que se realicen servicios de estética ornamental y de estética facial y/o corporal.

5.2.2. Gestión de programas y acciones de interés en salud pública (GPAISP)

El proceso transversal Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública (GPAISP) es un conjunto de intervenciones sectoriales e intersectoriales que busca dirigir, planear, regular y organizar la gestión del riesgo desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos, para contribuir a buenos resultados en salud en las personas, familias y comunidades, bajo los enfoques de Derechos, Determinantes, Curso de vida y Poblacional, y en articulación con actores sociales (27). Se implementa a través de la “Acción Integrada en Salud AIS” para la gestión compartida del riesgo, en el marco de operación del PIC, y guarda relación con los planteamientos de dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Mapa 16. Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública, localidad de Bosa



En la localidad de Bosa se llevaron a cabo en todas las UPZ rutas de canalización de Mujer Gestante, Infancia, Salud Mental, Condiciones Crónicas, Personas con Discapacidad, Programas y acciones de interés en Salud Pública y Protección Específica y detección temprana PyD.

5.1.1.6. Análisis de los resultados de las acciones integradoras

GPAISP cuenta con una acción integrada “Proceso de articulación para la atención integrada de las personas, familias y comunidad”. A su vez, la acción integrada se desarrolla a través de 5 componentes que son:

Planeación: Planificar y orientar la gestión operativa, donde se cualifica las apropiaciones conceptuales del talento humano y el seguimiento a las IPS que presentan dificultades para la adquisición de la información.

Gestión y administración del PAI: este componente trabaja en pro de mantener las coberturas de vacunación por encima del 95 % en niños y niñas menores de un año y de un año con todos los biológicos del programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, para la localidad de Bosa para el año 2017, La población abordada para los biológicos trazadores pentavalente (menores de 1 año) y triple viral (niños de 1 año) fue de 8.33 y 8.986 respectivamente, logrando una cobertura de 91,5 % par pentavalente y 89,4 % en triple viral.

Gestión y Ejecución de Acciones Extramurales: este componente se presenta diferentes estrategias para llegar a la población, a continuación, se especifican:

* Fiebre Amarilla para Viajeros, las dosis entregadas (67.600 dosis) para la abril 2017 – marzo 2018 se agotaron a mediados del mes de octubre, por lo cual se generó adición de 26.400 dosis más al contrato, las cuales hasta el mes de noviembre ya se aplicaron 14.108 dosis, antes de iniciar la temporada alta de los viajeros, en esta estrategia se ha incrementado en 20,9 % las dosis aplicadas frente a las entregadas para la vigencia con corte noviembre 2017.

* Jornadas Extramurales De Intensificación. Jornadas en diferentes temas que se trabajan en articulación con los 4 espacios (Educativo, vivienda, público y trabajo) y se realizan en las 4 localidades que integran la Subred Sur Occidente.

Gestión en IPS: en este componente se realizan asistencias técnicas a las IPS públicas y privadas que hacen parte de la Subred con el fin de mantener a los profesionales actualizados y capacitados en diferentes temas de interés en salud pública; adicionalmente, realizar proceso de adaptación e implementación de las RIAS en las instituciones, para el año 2017 se intervinieron en la localidad de Bosa 22 IPS (14 públicas y 8 privadas)

Gestión De Medicamentos (Biológicos), Insumos Y Dispositivos Médicos: la entrega de medicamento de TBC, lepra y ETV al 100 % de usuarios en la Subred según la necesidad y la ubicación de los casos de tuberculosis, Lepra y ETV, disminuyendo barreras; para la localidad de Bosa en el año 2017 se captaron 109 pacientes diagnosticados y se suministraron 35960 medicamentos que ayudaron a impactar la salud de los usuarios diagnosticados con dichas enfermedades transmisibles.

Activación de rutas: se realiza gestión y seguimiento a casos de prioridad alta (ruta 1 a la ruta 6) reportados por cada uno de los espacios de vida (vivienda, trabajo, público y educativo), la ruta 7 de canalización protección específica y detección temprana, buscando disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud de la población.

Para la localidad de Bosa en el año 2017 se realizaron 969 activaciones de rutas: donde se evidencia una atención efectiva de 86, atención programada de 32, usuarios aceptado 30, usuario rechazado 56 y casos que se encuentran en trámite 112. Según la aceptación étnica de los usuarios el 0,7 % (7) pertenecen a comunidad indígena, 1,3 % (13) pertenecen a comunidad afrocolombiana y el restante no se identifica en ninguna etnia en particular.

5.2.3. Gobernanza

La Gobernanza en salud, se entiende como un proceso, sistémico, participativo y estratégico, que busca incidir en las agendas políticas de otros sectores para modificar aquellas condiciones que son determinantes del estado de salud de la población identificadas y

priorizadas en las diferentes escalas del territorio (Distrito, localidades y UPZ), a partir de la generación de conocimiento sobre las relaciones entre las condiciones, la calidad de vida con la salud y la enfermedad.

Para incidir en las políticas públicas, el proceso de Gobernanza requiere participar en espacios intersectoriales y comunitarios donde pueda posicionar los objetivos y necesidades en Salud Pública, e incidir en la forma de abordar las cuestiones de interés público. Se soportan en la generación de conocimiento sobre las relaciones de las condiciones, calidad de vida con salud y la enfermedad de la población, en la implementación de las políticas públicas distritales, la articulación intersectorial, la movilización de otros sectores y grupos sociales (27).

Gobernanza cuenta con una acción integradora la cual se integra con tres componentes a saber: “Posicionamiento de las políticas públicas para incidir en los riesgos colectivos y favorecer la salud y la calidad de vida”, el segundo componente es “Generación de conocimiento sobre las relaciones entre condiciones calidad de vida, salud y enfermedad” y el tercer componente es Estrategia de articulación de las intervenciones de ‘información en salud’ y ‘educación y comunicación para la salud’ del PSPIC”.

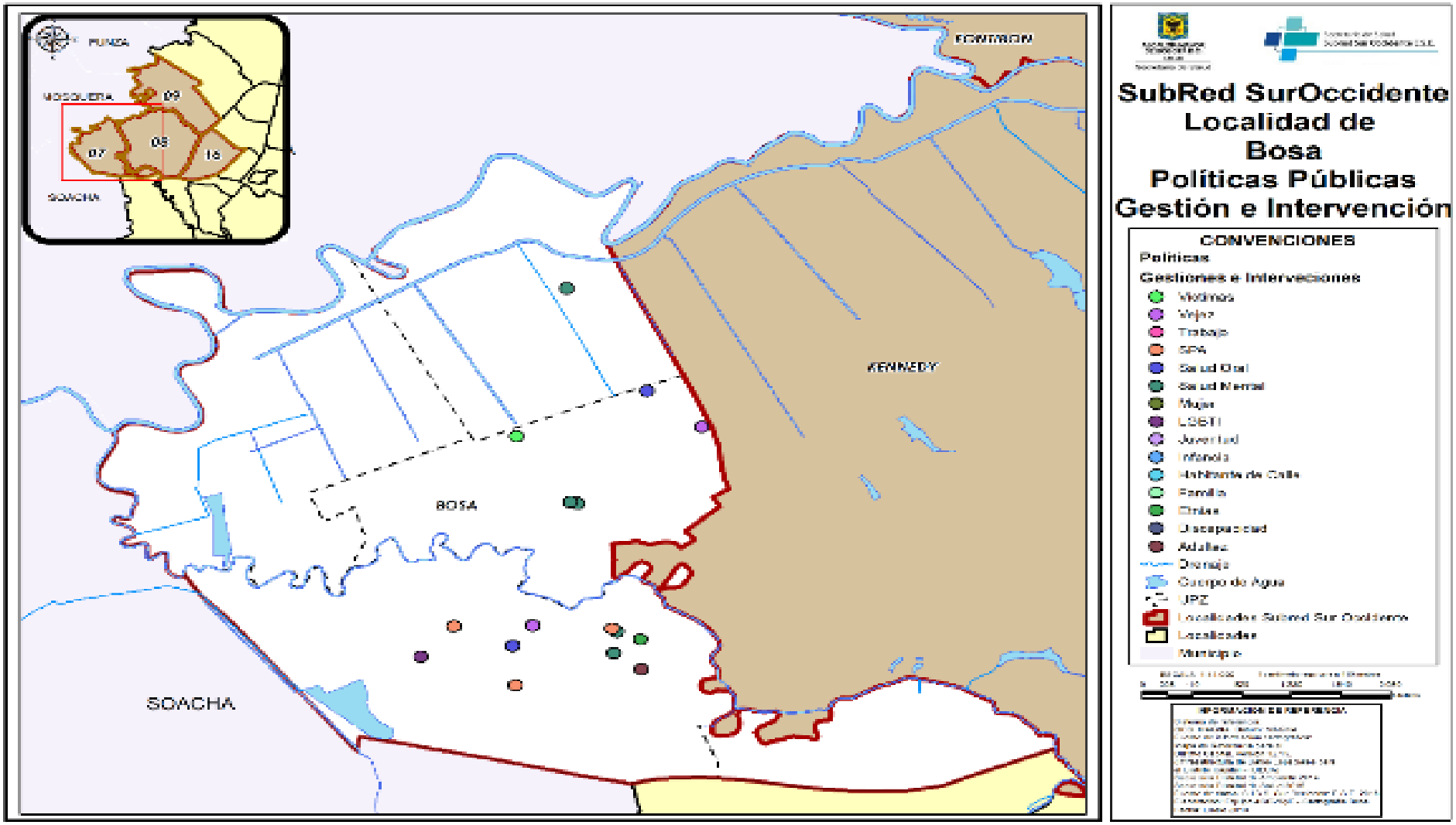
Respecto al primer componente, se entiende el posicionamiento de las políticas públicas, como la acción estratégica que permite al sector salud la orientación y concertación de las agendas locales con los diferentes actores y sectores en los espacios de coordinación intersectorial y de toma de decisiones, para favorecer la intervención de las situaciones y condiciones que mejoran la vida y la salud de las poblaciones (29).

Para esto la Subred cuenta con 6 profesionales en las políticas de curso de vida a saber: infancia y adolescencia, juventud, adultez, vejez y familias. Para las políticas poblacionales según condición, situación y diversidad sexual se cuenta con 2 referentes para discapacidad, 1 para etnias, 2 para LGBTI y mujer, 1 para habitante de calle y personas en ejercicio de la prostitución, y 1 profesional para personas víctimas del conflicto armado. Finalmente se cuenta con 2 profesionales para las políticas de Seguridad alimentaria y nutricional, 2 profesionales para Gestión y salud ambiental, 2 profesionales para las políticas de salud

mental y SPA, 1 profesional para la política de salud de los trabajadores y 1 profesional para la política de salud oral.

A continuación, se presenta la gestión política y las intervenciones realizadas desde las diferentes políticas de Gobernanza:

Mapa 17. Gestión e intervención de las políticas públicas en la localidad de Bosa, vigencia abril 2017-febrero 2018, Gobernanza



Las acciones que se direccionan desde las políticas públicas logran mejorar las condiciones y situaciones estableciendo las nuevas agendas sociales entre los actores locales y la administración distrital. Respecto a la gestión de programas de interés en salud pública, esta se materializa en las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas y sectores sociales identificados a nivel local para dar respuesta a problemas prioritarios que afectan la calidad de vida y la salud de la población. Para materializar los componentes que constituyen la gestión de políticas de interés en salud pública, en el componente Gobernanza, para el posicionamiento político se describen los siguientes espacios locales e institucionales:

Consejo local de Gobierno: de acuerdo al Plan de Desarrollo Local de la localidad y en concordancia con el Plan de Desarrollo Distrital "Bogotá mejor para todos", se realiza presentación de cada uno de los comités y consejos, Articulación de estrategias planes y programas y la territorialización de la política distrital en lo local. Se genera gran interés por el gobierno local el tema de Territorialización de la inversión, en el cual la mayoría de sectores no contaban con el presupuesto oficial para la vigencia y se trabaja con los proyectos de secretaría de Hacienda.

Una de las debilidades que se continúa presentando es la ausencia de algunos sectores y el incumplimiento a los compromisos asignados lo que limita la operación del escenario. En este sentido la ESE se organiza frente a esta propuesta y de acuerdo a las prioridades del plan nacional de vigilancia por cuadrantes, se le apunta a presentar las acciones que desde la Subred ayudan a subsanar estas necesidades presentadas desde seguridad y convivencia.

Comisión Intersectorial de Participación (CLIP): es un espacio local que busca posicionar el Sistema Distrital de Participación y ser el ente asesor a nivel local para su implementación, durante esta vigencia se sesiono de manera mensual, uno de los principales objetivos propuestos durante la gestión fue el fortalecimiento de la participación partiendo como base de las necesidades locales de participación con énfasis territorial, de esta manera se propusieron estrategias de análisis para comprender los niveles de participación y las estrategias para su abordaje.

Unidad de Apoyo Técnico (UAT): se considera un escenario local que busca fortalecer la articulación intersectorial en pro de afianzar los mecanismos con los que se opera la política social a través de las mesas redes y consejos. En la actualidad es coordinado por la subdirección local de la Secretaría de Integración Social y participan de manera permanente un delegado de la Alcaldía Local, un delegado de ICBF, del Hospital, Policía, Secretaría de Movilidad, un gestor del Instituto Distrital de Participación y Acción Comunal IDPAC, delegado de la Política de Mujer y Género, SDS, referentes de Política Pública de la Secretaría de Integración SLIS y de manera menos frecuente la Comisaría, el Consejo de Planeación CPL, Instituto para la Economía Social IPES, Hábitat y Personería. Desde la Subred se ha dado el acompañamiento y participación activa y permanente desde la Coordinación de Gobernanza para la localidad. Para este periodo se tiene avances respecto a revisión de agenda social y preparación y ejecución de CLOPS.

Movilización social y participación: se presenta el mapa de actores que da cuenta de la activación de redes en la localidad, por cada política y programa.

Direccionamiento Estratégico: se realizaron acciones y actividades respecto a orientar técnica y operativamente el desarrollo del proceso de Gobernanza, mediante la planeación, ejecución, verificación y ajuste de las acciones sectoriales, institucionales y locales, con el fin de responder a las necesidades de la población, en concordancia con los postulados de las políticas y programas de salud pública.

Además, se realizó orientación a los equipos de espacios para la planeación y ejecución de las acciones a nivel territorial, realizando un ejercicio de fortalecimiento de capacidades, donde además se reconocieron las necesidades en salud de la población.

Este direccionamiento utiliza el formato del plan operativo estratégico, el cual es un documento que asegura la ejecución organizada de las actividades y su definición de acciones de acuerdo a necesidades reales en la localidad.

Respecto al plan operativo estratégico de cada una de las políticas y programas de interés en salud pública, se realiza cuadro de seguimiento por cada política de acuerdo a lo proyectado y lo ejecutado.

El componente 2 de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad (ACCVSyE), facilita el reconocimiento de los elementos estructurales y específicos alrededor de los eventos, necesidades y prioridades en salud, el análisis realizado se usa por los diferentes actores, institucionales y comunitarios y en los procesos de seguimiento y evaluación de planes y programas del componente de Gobernanza.

Agenciamiento en las instancias locales: en cuanto a la agenda sectorial local construida y gestionada localmente se ha venido avanzando articuladamente entre el componente de políticas y análisis, con el apoyo de los espacios locales en la construcción de un documento bajo una versión adaptada de la metodología BIT PASE, esta es una alternativa sencilla para abordar el desarrollo territorial cuando en un mismo espacio geográfico se entrelazan las dinámicas demográficas con las dinámicas ambientales, sociales y económicas, y cuando un número importante de actores intervienen en estas dinámicas. En el marco de este ejercicio se identificaron tensiones, precursores y generadores para cada una de las localidades, se documentaron a partir de la información disponible y se priorizaron a través de la ponderación de una serie de variables como severidad, cronicidad, etc. Complementadas con la descripción de la oferta sectorial y de otros sectores para la formulación de propuestas de acción en estos mismos niveles en relación con unos nodos de relación geográfica.

Este producto ha sufrido un proceso de depuración permanente y de validación por parte de los referentes de políticas públicas y de los espacios de vida cotidiana, dando como resultado un documento concreto por localidad con tensiones identificadas y georreferenciadas y propuestas de acción. El producto de esta actividad es el documento de agenda sectorial local el cual fue entregado a la SDS para su concepto.

En cuanto a la participación en las instancias locales de coordinación de las políticas públicas para la implementación, seguimiento y monitoreo de los planes de acción local se desarrolla de manera permanente en la localidad, teniendo particularmente dificultades en algunas políticas que no cuentan con espacios normados tales como habitante de calle y salud oral; o que no se convocan de manera regular como en el caso de etnias y víctimas, pero en términos generales hay un buen ejercicio de posicionamiento e incidencia del sector salud en dichos espacios. Desde la vigencia anterior se ha venido trabajando en la construcción de una proyección de incidencia en los espacios locales como sector, lo cual se ha articulado en

esta vigencia con la agenda sectorial local, los planes de acción de las políticas y la estrategia de abordaje territorial.

Para orientar técnicamente la estructuración de las actividades a desarrollar en el marco de las jornadas locales programadas por el espacio público se definió un procedimiento interno del PIC que vincula en la planeación a los referentes de políticas, integrantes del componente 3 y profesionales de apoyo del espacio público, el cual ha permitido desarrollar concertada y oportunamente la planeación de las jornadas, implementar y documentar de manera sistemática el ejercicio.

Estas actividades no han estado exentas de contratiempos, relacionados con aspectos logísticos, disponibilidad del talento humano por parte de espacio público, claridad y oportunidad en la entrega de los lineamientos entre otras. En este sentido es importante proponer estrategias que fortalezcan el impacto de dichas jornadas, teniendo en cuenta que el despliegue logístico y humano es grande y no necesariamente se ve compensado con el resultado esperado.

Respuestas territoriales en el marco de planes locales sectoriales e intersectoriales: en el mes de abril se participó en una serie de reuniones para el fortalecimiento técnico del equipo de cada uno de los componentes, convocados por la SDS y por la coordinación de gobernanza con el objetivo de clarificar las directrices para la operación.

Se construyó el plan estratégico del proceso transversal gobernanza, recibiendo la retroalimentación desde los referentes de los diferentes componentes de la SDS, cuyas modificaciones quedaron incluidas en el documento definitivo el cual fue radicado a la SDS.

Se conformaron 4 grupos funcionales (infancia, juventud, adultez, vejez) y 6 equipos técnicos (discapacidad, salud oral, salud mental, salud ambiental, trabajo y SAN), se establecieron fechas regulares de encuentro y se ha realizado convocatoria a los espacios para su participación, sin embargo, se han tenido dificultades para la participación de los espacios, manifiestan tener múltiples actividades operativas y no disponer de un talento humano con la pertinencia, manejo para participar en dichos espacios.

Para la construcción del componente sectorial en los planes de acción de las políticas públicas los principales avances están en las políticas de infancia y vejez, bajo la rectoría de la Secretaría de integración social y de acuerdo con la metodología propuesta por la Secretaría Distrital de Planeación. Por otra parte, hay otras políticas que han avanzado en la construcción de sus planes de acción bajo la batuta de los entes rectores de la política como es el caso de discapacidad que cuenta con planes articulados entre lo distrital y lo local, construidos con participación comunitaria y validados por el sistema distrital de discapacidad.

Las políticas de juventud, adultez, habitante de calle y familia a pesar de contar con la rectoría de la Secretaría de integración social no muestran avances significativos en la construcción de sus planes de acción local, en algunos casos relacionados con la ausencia de espacios de participación consolidados.

Como Fortalezas en el proceso la política de infancia y adolescencia manifiesta el reconocimiento de los actores intersectoriales, articulación en actividades que promueven calidad de vida digna para los niños, niñas y adolescentes. Se ha logrado socializar el modelo de salud como espacio de análisis frente a las respuestas del sector salud a las necesidades identificadas en la población infantil.

Se ha hecho entrega y divulgación de indicadores trazadores, agenda sectorial y diagnostico local como insumos para la elaboración del panorama situacional de los niños, niñas y adolescentes de la localidad. Así mismo, se ha participado en los espacios de incidencia como el COLIA, mesa PETI, Mesa RIAPI y Red del buen trato, que han permitido reconocer los actores intersectoriales en lo local, identificar problemáticas y articulación de respuestas intersectoriales para la población de niños, niñas y adolescentes de la localidad.

Como debilidades se encuentran La falta de duplas vacunadoras de PAI ha afectado considerablemente los ejercicios que se realizaban al interior de los jardines infantiles de revisión y administración de biológicos a los niños y niñas con esquemas pendientes o incompletos. A pesar de contar con profesionales certificados en la estrategia AIEPI no se definen acciones claras desde los lineamientos de la política para el desarrollo de acciones de formación y promoción.

En la política de juventud como fortalezas se encuentran las acciones específicas que tiene espacio público y escolar para jóvenes, la articulación con las entidades como la Alcaldía Local y el IDPAC, los procesos de organización con los jóvenes y la organización y proceso consolidado de la Plataforma juvenil. Como debilidades están la no constancia en la entrega de insumos como lo son las pruebas rápidas de VIH y SIFILIS, la poca disponibilidad de las acciones de Cuídate y sé feliz dadas sus programaciones y las acciones de SOJU que inicialmente eran trimestrales y para esta localidad el número de cobertura no son suficientes para la demanda.

La política de adultez tiene como fortalezas el acompañamiento constante de Secretaría de Integración Social, se logra que Secretaría de Desarrollo Económico asuma la secretaría técnica de la mesa de productividad, buscando un rol preponderante en la consecución de proyectos de formación y empleabilidad que permitan mitigar el vacío económico de las personas adultas y sus familias y el fortalecimiento de la participación comunitaria. Como debilidades no se lleva a cabo el comité local de adultez - COLA, dado que la Política Pública se encuentra en evaluación por parte de la Secretaría Distrital de Integración Social y aún no se genera ninguna directriz respecto al espacio, no se cuenta con un plan de acción de la política pública formalizado, que permita orientar las acciones de manera armonizada.

Respecto a la política de envejecimiento y vejez, Bosa es una localidad que para la vigencia ha generado fuertes cambios ya que se ha establecido una consolidación de los diferentes espacios de la política pública incluyendo la mesa de persona mayor que es la única para la Subred Suroccidente y una de las pocas establecidas en el distrito, lo que ha contribuido hacer una identificación de las diferentes organizaciones establecidas y consolidadas para la localidad. Como limitaciones se tiene que no se ha generado respuesta a la demanda que hay para este momento de curso de vida ya que se continúa estableciendo barrera de acceso a los servicios por el nivel de complejidad que ellos deben acceder.

En la política pública para las familias se evidencia como debilidades en gran parte del territorio, la población no tiene conocimiento de lo que les aporta la política púbica para las familias de Bogotá por lo que se ha venido estructurando una propuesta de acciones muy específicas para posicionar las acciones desde el sector salud con la política pública.

También la gestión de la política se ve afectada ya que el tiempo compartido con otra política pública no permite contar con tiempos necesarios en relación al tema de posicionamiento para la política pública, teniendo en cuenta que desde el sector salud se están iniciando con acciones puntuales.

Para la política pública de la mujer y equidad de géneros, están como fortalezas la articulación con las respuestas operativas de SD mujer resulta importante para la implementación de las acciones de apoyo desde el sector, esto sumado a la articulación con la referencia de rutas transectoriales y PIC POS, salud mental y el equipo de análisis resultan en el cumplimiento de acuerdos y el fortalecimiento de la política. Como debilidades está que a diferencia de la política pública LGBTI no hay una respuesta particular para el sector de mujeres por lo cual las peticiones de acciones educativas no pueden ser cumplidas o programadas con facilidad lo cual reduce las acciones colectivas específicas en temas de riesgo para las mujeres, en la vigencia solo se realiza una jornada programada desde SDS por lo cual las acciones de educación deben ser cubiertas desde la referencia y debido a su periodicidad solo se generan compromisos para fechas emblemáticas, sin embargo, resulta difícil gestionar respuestas como cuídate y se feliz o acciones con profesionales debido a los tiempos de ejecución y la programación de SDS de las acciones de los equipos operativos de espacio público.

La política pública de LGBTI identifica como fortalezas el equipo poblacional de espacio público ya que se convierte en un aliado indispensable como brazo operativo de las acciones de identificación poblacional, activación de rutas y mitigación del riesgo. La división de acciones entre dos referentes para la política optimiza procesos y permite un mayor alcance en el impacto de los compromisos, así como la gestión más organizada de procesos locales. Como debilidades, aunque el equipo poblacional resulta indispensable para las acciones en las localidades, su operación con dos poblaciones sumada a la rotación entre las actividades poblacionales y otras acciones del espacio reduce su impacto local además de interrumpir procesos que se desarrollan cuando hay continuidad de los profesionales en las acciones con una población que es usualmente reacia a procesos de IEC.

En la política pública de discapacidad se evidencia como fortaleza las acciones realizadas con la participación de actores locales, las cuales favorecen la ejecución de las mismas,

como debilidad se presenta la falta de compromiso de algunas entidades y la falta de presupuesto para la ejecución de las actividades.

En la política pública de etnias se identifica la implementación de la estrategia de medicina ancestral y la aprobación y publicación de acciones afirmativas como fortalezas. Como debilidades se presenta la imposibilidad de articulación con la comunidad dado a sus dinámicas culturales, jornadas y tiempos para asistir a las actividades programadas.

En la política pública de las personas víctimas del conflicto armado se evidencia como fortalezas la articulación con alta consejería, Secretaría de Integración Social, quilombos, PAI, espacio vivienda (papsivi) espacio público para trabajo de medicina ancestral, así como el acompañamiento de la personería local, la articulación interinstitucional y la participación comunitaria. Como debilidades se encuentra la falta de corresponsabilidad por parte de la población con las acciones institucionales que se proponen para generar espacios efectivos de participación ciudadana. Por falta de quorum no siempre se realiza el comité mensual, lo que paraliza los procesos y articulaciones propuestas para las actividades a desarrollar

En la política pública para la habitabilidad en calle se presentaron como fortalezas las acciones específicas que tiene espacio público para población habitante de calle, como lo son el Equipo Poblacional de Habitante de Calle y LGBTI y los servicios de Acogida, quienes trabajan desde la mitigación de riesgo y reducción de daño del consumo de sustancias psicoactivas. Las debilidades la no constancia en la entrega de insumos como lo son las pruebas rápidas de VIH y sífilis, la falta de jornadas de vacunación para población habitante de calle como por ejemplo la de tétano, dado que se hace necesario enfatizar que la población habitante de calle presenta un grado de vulnerabilidad mayor, por los oficios que ellos realizan como forma de subsistencia como lo es el reciclaje o el rebusque de comida en las basuras, siendo esto una actividad de riesgo ya que no cuentan con los implementos adecuados para realizarlas.

En la política de seguridad alimentaria y nutricional se identifica como fortaleza a nivel sectorial e intersectorial el interés en el trabajo articulado frente a las problemáticas y riesgos identificados para la política pública de seguridad alimentaria nutricional en la localidad, lo que generan acciones adecuadas de articulación y gestión. Como debilidades no se cuenta

con el suficiente personal con el perfil de nutrición y dietética, por lo cual se ve limitado el accionar frente a las problemáticas y riesgos identificados generando poco cobertura, identificación y abordaje de los mismos.

En la política de salud oral se encontraron como debilidades inconsistencia en base de datos y las instituciones no tienen dentro de sus lineamientos acciones de salud oral obligatorias.

En las políticas de salud mental y SPA se presenta como fortalezas el empoderamiento técnico a la comunidad e instancias de participación y el trabajo en equipo con sectores comprometidas con la estrategia, mejorando las condiciones para la vida y la salud de la población. Como debilidades están presupuesto, cobertura limitada, no se cuenta con talento humano suficiente, en cuanto a sectores, se cambia constantemente de referente, falta de empoderamiento por parte de los sectores, lo que hace que se recargue la responsabilidad solo al sector salud.

Para la política de Salud ambiental como fortalezas la competencia técnica y operativa de los equipos que realizan las acciones de salud ambiental en el marco de la implementación de la política pública y el conocimiento de las condiciones en salud ambiental de los territorios. Así mismo, la movilización de organizaciones de base social, entorno a las problemáticas en salud ambiental que afectan las condiciones de vida de las comunidades, en especial en territorios que presentan mayor grado de vulnerabilidad.

Como debilidades se encuentra que existe un desconocimiento generalizado de los servicios que ofrecen las entidades que no hacen parte del sector salud. En el imaginario de la comunidad el sector salud es el único que puede ofrecer servicios para atender las necesidades en salud ambiental, sin tener en cuenta que la salud es un aspecto que vincula a todos los sectores que, desde cada una de sus competencias y misionalidad, deben aportar para la formulación de respuestas integrales a las necesidades de la población en cuanto a la salud ambiental

Para la próxima vigencia, los esfuerzos deben ser orientados hacia el fortalecimiento en la articulación con entidades de otros sectores para abordar conflictos socio ambientales, con

énfasis en salud, de una manera más efectiva e integral, vinculando empresas del sector privado que tengan relación con el desarrollo local.

Por último, en la política de salud de los trabajadores se evidencia como fortalezas que los espacios sectoriales e intersectoriales se encuentran comprometidos con las necesidades de la población trabajadora informal y sus acciones están dirigidas a dar respuesta lo más oportunamente posible, activando rutas, orientando en el efectivo proceso de prevención de la salud laboral y prevención de eventos ATEL.

Como debilidades se encuentra la reprogramación de las reuniones en los espacios intersectoriales ya hace que en ocasiones no se pueda participar en la dinámica del Comité que cita a reunión, lo que causa un desbalance en las acciones periódicas que se programan, así mismo, hay metas o acciones que se deben cumplir en los espacios y que por su nivel de prioridad no permiten abordar las diferentes temáticas como se habían establecidos en los planes locales por política.

El tercer componente de gobernanza está encaminado a orientar y armonizar las diferentes intervenciones de “Información en salud y de Educación y Comunicación para la salud" del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) en los espacios de vida cotidiana (vivienda, educativo, trabajo y público) y las acciones de los Procesos transversales (Gobernanza, Programas y Acciones de interés en Salud Pública, y Vigilancia en Salud Pública), por medio de soporte técnico y operativo en el uso de estrategias pedagógicas y de comunicación, así como de herramientas tecnológicas, digitales y de difusión, acordes con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las necesidades en información, educación y comunicación de la población de la Sub Red Sur Occidente.

Como logros de este componente se tiene la visibilización de las acciones transversales del PSPIC de la Sub Red Sur Occidente a través de las diferentes estrategias para la construcción de mensajes de información en salud, llegando a la comunidad, a través de la difusión en medios electrónicos (Facebook, Twitter, Página Web, boletín interno institucional). La Participación activa e Jornadas Distritales jornadas locales y acciones itinerantes, con mensajes sencillos e incluyentes, accesibles para la comunidad, los cuales incrementan los conocimientos de salud en la población que favorezcan la toma de

decisiones de promoción y prevención en salud. Se sigue con la construcción de presentación de infografías al subcomponente 2 análisis de gobernanza de los indicadores trazadores de la Subred Sur Occidente. La divulgación en redes sociales es cada vez mejor, gracias a la articulación de comunicaciones salud pública, institucional y OAC Distrital.

Así mismo, el posicionamiento del proceso de fortalecimiento de capacidades en la Subred Sur Occidente en los diferentes espacios y procesos, que se evidencia con el reconocimiento del trabajo realizado por el equipo IEC con los diferentes grupos de colaboradores, el fortalecimiento de habilidades y capacidades a los colaboradores de los diferentes espacios y procesos del PSPIC que favorecen el accionar con la comunidad, los resultados sobresalientes en las evaluaciones frente a los instrumentos que se aplican para medir percepción de los colaboradores de acuerdo al desarrollo de la actividad, las metodologías implementadas y los conocimientos previos y aprendizajes adquiridos por los participantes.

Durante el desarrollo de los talleres se generaron espacios de reflexión y análisis con ejemplos y vivencias aplicables a su rol cotidiano lo que permitió evidenciar mayor interés y participación de los colaboradores durante las sesiones.

Como dificultades se encuentra que las piezas comunicativas desde SDS llegan un poco tarde, a veces hasta un día antes de la jornada y/o campaña, no siendo un proceso óptimo para su desarrollo de difusión, los colaboradores no cuentan dentro de su lineamiento con un tiempo definido y destinado para participar en los fortalecimientos lo que implica la falta de asistencia y continuidad en el proceso sobre todo en el espacio educativo que canceló la capacitación en algunas sesiones, de igual manera con los procesos transversales la programación no es fácil debido a la falta de tiempos administrativos para desarrollar estos espacios y la falta de suministro de los recursos para la elaboración de materiales didácticos que facilitan el desarrollo de las actividades comunicativas.

CAPITULO 6. ANALISIS Y SINTESIS

El análisis de situación de salud de la población es fundamental en los procesos de planeación, ya que permite a los tomadores de decisiones orientar las acciones de tal forma que se den respuestas integrales y efectivas a las necesidades de la población. Para analizar la situación de salud y la calidad de vida de la población de la Subred Sur Occidente se parte de la interacción entre la población, territorio, ambiente y sociedad, que evidencia las implicaciones de los procesos políticos, económicos, sociales y ambientales sobre la salud de las poblaciones en las escalas del territorio a nivel local y por UPZ.

Teniendo en cuenta las particularidades de la localidad, así como los indicadores, estadísticas y experiencias en campo desde el Plan de Intervenciones Colectivas se realizó una identificación de situaciones tensionantes (problemáticas) en los territorios y sus respectivos determinantes sociales en salud, las cuales fueron soporte para la formulación de propuestas de acción, que serán consideradas en los diferentes escenarios locales para la construcción de la agenda local.

Para identificar estas tensiones en salud, se utilizó como metodología una adaptación de la estrategia PASE a la equidad en salud desde el abordaje de las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021 la cual se adopta por las entidades territoriales departamentales y distritales para definir Planes Territoriales de Salud. A partir de esta adaptación, el equipo de Accvsye de la Subred Sur Occidente aportó a la priorización y a las propuestas acción en el marco de la gobernanza.

Así mismo, se identificaron aquellas zonas en las cuales se concentran más necesidades y desigualdades, con el fin de brindar elementos para el análisis de los equipos y sectores que puedan participar en la generación de propuestas a implementar en los diferentes territorios.

Teniendo en cuenta tanto las situaciones tensionantes, como sus determinantes y comprendiendo las dinámicas del territorio, se realizaron mesas de trabajo con los espacios de vida cotidiana y los procesos transversales con el fin de poder validar la información y orientar las acciones de las agendas sectoriales respondiendo a las necesidades identificadas, es así, como de manera conjunta se llega a un análisis de la respuesta y posibles recomendaciones para la articulación de las próximas agendas sectoriales, partiendo de las necesidades y dinámica del territorio.

La información consignada fue suministrada por el componente 1 y 2 de Gobernanza, los procesos transversales y los espacios de vida cotidiana y el componente de Programas y Acciones de la Subred Sur Occidente y se consolidó en mesas de trabajo. Desde nivel central se dictaron talleres para la metodología, instrumentos de recolección de la información y análisis de la misma.

6.1. Metodología

La metodología que se definió para el ejercicio de identificación de tensiones se soporta conceptualmente del modelo para el análisis de balances, interacciones (relaciones) y tensiones entre las dinámicas poblacionales, ambientales, sociales y económicas (BIT PASE) y el modelo de determinantes de la salud desde el enfoque del PDSP 2012-2021. De él emergen una serie de postulados, principios y fundamentos acerca de la concepción del desarrollo, la población y la planeación, que han sido adoptados en el marco de la adaptación del modelo a las condiciones del PDSP y de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud (30)

El modelo BIT PASE, comprende los procesos de salud-enfermedad como el resultado de la trama de relaciones que se dan entre las dinámicas demográficas, ambientales, sociales y económicas (PASE) presentes en el territorio y las dimensiones prioritarias para la vida establecidas en el PDSP, lo cual puede contribuir notablemente a la consecución de este objetivo, pues permiten enfocar las respuestas de forma integral e integrada, en donde la acción de los distintos sectores se enfoque al servicio de las metas y objetivos de política concertados (30).

La documentación de las situaciones tensionantes con sus respectivos eventos, precursores y generadores, permitirán dar aproximaciones que van más allá de la actuación sectorial y avanzan hacia la confluencia de los diversos sectores, tanto institucionales como comunitarios, en el marco de las agendas locales lideradas por el proceso de gobernanza. Esto, además requiere de un cambio en la gestión de las autoridades sanitarias y en las administraciones territoriales, quienes ahora tienen el doble reto de alcanzar los resultados sectoriales, de movilizar y articular los esfuerzos y recursos de la comunidad, así como de los

demás sectores que tienen responsabilidades y competencias frente a las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas de las cuales depende la salud (31).

Para el diligenciamiento de la matriz 1 Insumos para la construcción de agendas locales (anexo) se tuvieron en cuenta para la identificación de situaciones y eventos según momentos de curso de vida las definiciones contenidas en la guía técnica para la elaboración (31), asi mismo, se utilizaron los criterios establecidos en la misma guia para priorizar las situaciones en salud (afectacion en los territorios, cronicidad, magnitud, severidad, efectividad, entre otros).

Para diligenciar la matriz 2 se tuvieron además los siguientes conceptos:
Reforzadores: aquellos factores presentes en el entorno que agudizan las situaciones de inequidad o agravan su impacto sobre la salud.
Liberadores: aquellos factores que coadyuvan a superar las inequidades o a minimizar su impacto sobre la salud (31).

Luego de espacializar las tensiones, se dio paso a la identificación de nodos y las relaciones en estos de tal forma que se pudiera construir la matriz 3 que contiene los nodos de relaciones identificados en el ejercicio de lectura, comprensión y relación entre tensiones, resultados esperados por cada nodo identificado, propuesta de objetivos estratégicos por nodo y de acuerdo a resultados esperados, propuesta de acciones desde el abordaje sectorial, propuesta de acciones desde el abordaje intersectorial, responsables y espacios de posicionamiento.

Para el diligenciamiento de la matriz 1 se convocaron mesas de trabajo con los espacios de vida cotidiana, referentes del componente 1 de gobernanza, referente de componente Programas y Acciones, representante de Vigilancia en Salud Pública y el equipo del componente 2 de gobernanza.

Para el diligenciamiento de la matriz 2 y 3 se estableció un taller desde nivel central de dos días en el que se hicieron mesas de trabajo donde cada Subred debía valorar nuevamente las tensiones, espacializarlas y así poder identificar los nodos para realizar las propuestas de

acción. Luego se hicieron una serie de reuniones en nivel central y con el componente 1 de Gobernanza con el fin de afinar el ejercicio de las tensiones y sus propuestas.

Al tener establecidos los nodos para la localidad se procedió a validar la información tanto con los espacios como los procesos transversales, así mismo, se participó en espacios como las Unidades de Asistencia Técnica de la localidad, grupos funcionales, mesas intersectoriales con el fin de complementar la información y articularse con la Estrategia de Abordaje Territorial y los recorridos liderados por el componente geográfico y espacial del equipo Accvsye.

Finalmente se construyó el capítulo articulando los hallazgos de los anteriores capítulos, el resultado de la priorización de tensiones e identificación de nodos y la puesta en marcha de las propuestas para la agenda sectorial con las respectivas recomendaciones.

6.2. Configuración del territorio, identificación y priorización de las tensiones y construcción de nodos

Al utilizar la matriz 1 para identificar los eventos y poder desarrollar las tensiones presentes en la localidad se obtuvieron 26 tensiones de las cuales 10 tenían semaforización roja, 10 tenía semaforización amarilla y 6 estaban en semaforización verde.

Los eventos que al ser valorados de acuerdo a la afectación en territorios, cronicidad, magnitud, severidad y efectividad quedaron en verde, es decir en acciones de mantenimiento fueron:

Tabla 65. Eventos valorados en verde de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, Bosa, Subred Sur Occidente, 2017

1) Evento o situación indeseable	Valoración 1
Morbi-mortalidad por eventos transmisibles en la primera infancia (Meningitis)	5,0
Desprotección en niños y niñas menores de 5 años con diferentes tipos de discapacidad	5,0
Lesiones de causa externa "quemaduras y accidentes caseros" en primera infancia	5,0
Pobreza oculta adultez y vejez	5,0

Entornos inseguros y ambientes insalubres que generan problemas de convivencia social, toda la población	4,9
Morbi-mortalidad por eventos transmisibles en la primera infancia (Tosferina)	4,6

Fuente: Subred Sur Occidente, Tabla 1 Insumos para la metodología de la construcción de tensiones para las agendas locales, 2017

Los eventos que quedaron en amarillo, es decir en acciones que se deben implementar por ser una alarma en salud fueron:

Tabla 66. Eventos valorados en amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, Bosa, Subred Sur Occidente, 2017

1) Evento o situación indeseable	Valoración 1
Accidentes de tránsito toda la población	9
Conducta suicida en adolescencia, juventud	9
Trabajo infantil	8,9
Cáncer en menor de 18 años (Infancia y adolescencia)	8,7
Agresión por animal potencialmente transmisor de rabia en toda la población	8
Poca adherencia a los tratamientos médicos vejez	8
Aumento de la prevalencia de Morbilidad por tuberculosis en población adulta y en la vejez	7,4
Prevalencia de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) en la población adolescente y joven	7,4
Cutting en infancia y adolescencia	7,2
Dificultad para ingresar al sector productivo juventud y adultez	6,3

Fuente: Subred Sur Occidente, Tabla 1 Insumos para la metodología de la construcción de tensiones para las agendas locales, 2017

De estos eventos se decidió priorizar conducta suicida por ser un fenómeno que ha venido en aumento y que cada vez más afecta edades tempranas. El evento de Cutting se tratará en el evento de conducta suicida semaforizado en rojo, así como el evento poca adherencia a los tratamientos que se tomará como un generador del evento de enfermedades crónicas también semaforizado en rojo.

Los eventos semaforizados en rojo fueron:

Tabla 67. Eventos valorados en rojo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, Bosa, Subred Sur Occidente, 2017

1) Evento o situación indeseable	Valoración 1
Desnutrición en menor 5 años	12,0
Enfermedades crónicas adultez y vejez	12,0
Enfermedad laboral y accidente de trabajo adultez y vejez	11,5
Violencia intrafamiliar toda la población	10,6
Maltrato Infantil	10,4
Alta prevalencia de enfermedades respiratorias en población menor de 5 años y mayor de 60 años	10,3
Prevalencia de problemas en salud oral primera infancia	10,2
Malnutrición por exceso en primera infancia e infancia	10,0
Maternidad y Paternidad temprana en la adolescencia y juventud	10,0
Consumo problemático de SPA en adolescentes, jóvenes y adultos	9,8

Fuente: Subred Sur Occidente, Tabla 1 Insumos para la metodología de la construcción de tensiones para las agendas locales, 2017

Al realizar el ejercicio de la matriz 2 con los referentes de políticas, el equipo del componente 1 y líder de gobernanza, los referentes de espacios y programas y los representantes de VSP, se llegó al acuerdo de agrupar la malnutrición ya sea por déficit (desnutrición y enfermedades carenciales por micronutrientes) o por exceso (sobrepeso y obesidad) y agrupar el maltrato infantil con la violencia intrafamiliar por ser similares en los componentes de la tensión. Finalmente se desarrollaron 8 eventos semaforizados en rojo y 1 eventos semaforizado en amarillo:

Tabla 68. Eventos valorados en rojo y amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones para su espacialización, Bosa, Subred Sur Occidente, 2017

Número de la tensión	Evento	Valoración final
1	Prevalencia de problemas en salud oral	9,4
2	Estado Nutricional en sobrepeso y obesidad y Desnutrición	9,4
3	Alta prevalencia de enfermedades respiratorias en población menor de 5 años y mayor de 60 años	9,3
4	Violencia intrafamiliar y maltrato infantil	9,3
5	Maternidad y Paternidad temprana	9,3
6	Consumo problemático de SPA en adolescentes, jóvenes y adultos	9,3
7	Enfermedades crónicas	9,2
8	Enfermedad laboral y accidente de trabajo en el sector informal por falta de elementos de protección, condiciones dignas	9,2
9	Conducta suicida	7,5

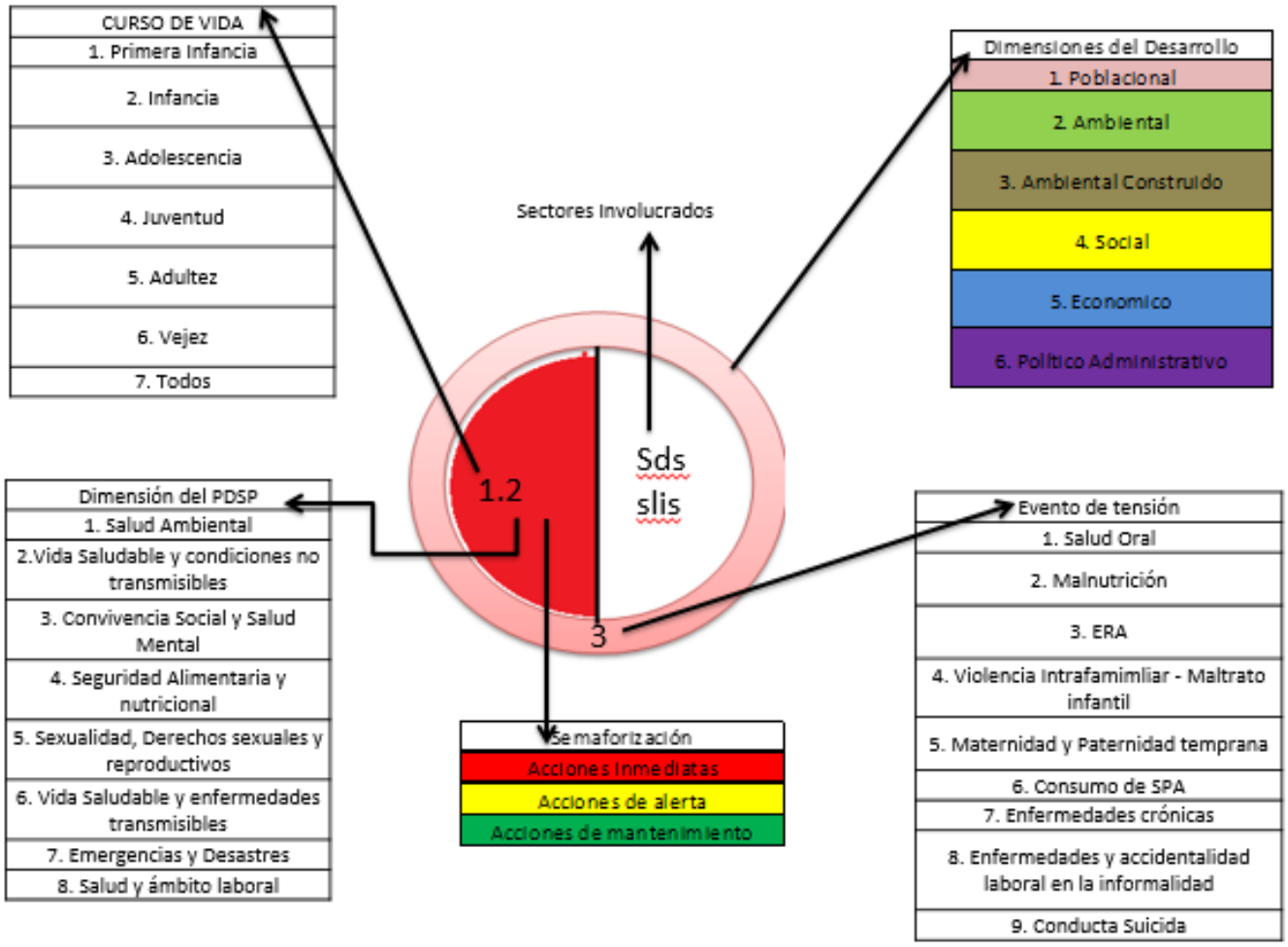
Fuente: Subred Sur Occidente, Tabla 1 Insumos para la metodología de la construcción de tensiones para las agendas locales, 2017.

Luego se realizó un ejercicio de localización con las tensiones seleccionadas en la localidad priorizándolas de tal forma que se pudieran presentar propuestas de respuesta y así poder encontrar los nodos de relaciones entre estas tensiones.

6.2.1. Espacialización de las tensiones

Para poder ubicar en el territorio las tensiones priorizadas para la localidad se estableció una convención, de tal forma que se pudieran identificar los elementos que convergen en cada una de estas.

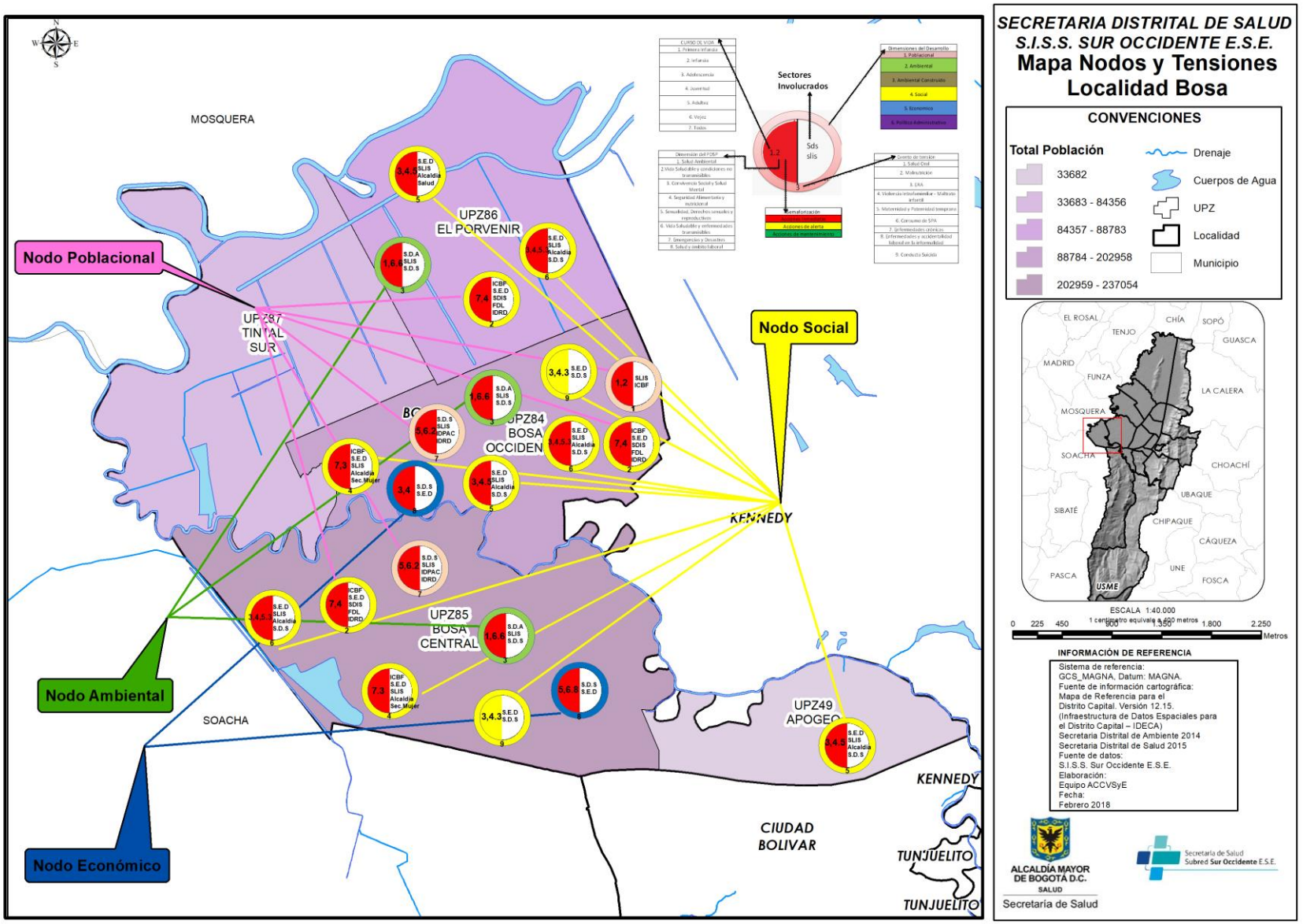
Figura 1. Convenciones para identificar los elementos de las tensiones en el mapa



Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

Al ubicar en el mapa las tensiones se procedió a identificar esos posibles nodos que tienen relaciones entre sí y comparten elementos que permiten intervenir e impactar no solo una tensión sino varias al tiempo.

Mapa 18. Nodos identificados para la localidad de Bosa, 2017



6.2.2. Analisis de las tensiones que confluyen en los nodos y su respuesta

Mediante el ejercicio de reconocer la relación entre las tensiones en el territorio de la localidad de Bosa se establece la configuración de cuatro posibles nodos correspondientes a la dimensión social, ambiental poblacional y económica. A continuación, se realizará el análisis de cada nodo de acuerdo a la configuración con el territorio.

Primer Nodo: condiciones socioambientales que desencadenan en enfermedades respiratorias en los extremos del curso de vida

Este nodo contempla la tensión de dimensión ambiental “alta prevalencia de enfermedades respiratorias en menores de cinco años y mayores de 60 años”, afectando la dimensión del PDSP Vida Saludable y enfermedades transmisibles y se encuentra ubicado en las UPZ 84 Bosa Occidental, 85 Bosa Central y 86 Porvenir.

Figura 2. Primer nodo, dimensión ambiental, localidad de Bosa, 2017



Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

La Alta prevalencia de las enfermedades respiratorias en población menor de 5 años y mayor de 60 años se presenta por el inadecuado esquema de vacunación en población de riesgo (menores de 5 años y mayores de 60 años), bajos niveles de educación lo que dificulta la

adopción de medidas preventivas y/o identificación de signos de alarma, las no practicas protectoras como lactancia materna en población menor de 2 años y alimentación saludable, uso de tapabocas en toda la población, factores biológicos que los hacen más susceptibles tales como edad menores de 5 años mayores de 60 años, problemas inmunológicos, presencia de comorbilidades. Asistencia a Jardines y/o hogares con concentración de población, expuestos a diversos virus respiratorios, teniendo algunos no condiciones higiénico-sanitarias favorables.

Estas situaciones se generan a su vez por el tráfico vehicular, vehículos que no tienen el mantenimiento adecuado de gases, exposición prolongada a gases como el silicio, carbón, humo de leña, inadecuado alcantarillado y mala disposición de basuras, en algunos sectores esta situación es agravada por quema de llantas y/o otros objetos contaminantes. Para el 2012, el humedal Tibanica se encontraba en un estado acelerado de deterioro, amenazado por falta de saneamiento predial, no continuo mantenimiento de la quebrada Tibanica y el descargue de escombros de gran magnitud en el sector de Soacha.

Por otro lado, los padres no llevan el seguimiento a las vacunas de los menores, los bajos recursos económicos impiden tener la vivienda en condiciones favorables para los menores, el desconocimiento de factores de riesgo, la negligencia por parte de los cuidadores y los bajos patrones de autocuidado y/o cuidado de menores, las personas mayores por sus condiciones físicas no asisten por si solos a los centros de salud dificultando su condición de salud.

Para la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles la localidad de Bosa aporta al Distrito el 8,9 % de la notificación, la tasa local es de 647,9 casos por cada 100.000 habitantes, se encuentra por encima de la Subred 1,7 puntos y del Distrito 28,6. El 51,3 % de las personas notificadas son de sexo masculino y el 48,7 % del femenino. La mayor proporción de personas notificadas son de la primera infancia (40,5 %), seguidos de infancia (19,3 %) y jóvenes (15,3 %). Al analizar los datos se presentaron 3 enfermedades con mayor aporte porcentual: Varicela 64,5 %, vigilancia integrada de la rabia 18,6 % y Zika 7,2 %. El comportamiento de la edad refleja la carga de inmunoprevenibles principalmente en los niños

De acuerdo a la notificación de base de datos Sivigila de los eventos Infección Respiratoria Aguda Grave (Centinela) e inusitada para el año 2015 las UPZ con mayor afectación son para eventos centinela: UPZ Bosa Porvenir con el 60 % de los casos, seguido de Bosa Occidental con el 30 %. En el evento Inusitado se tiene el siguiente comportamiento: el 48 de los casos se concentra en UPZ Occidental, seguido del 32 % en UPZ Central. Como dato preliminar para el año 2016 la mortalidad en menor de 5 años por neumonía se presentó en la localidad de Bosa los dos casos en las UPZ Central y Occidental. En cuanto a la mortalidad por IRA para este mismo año en Bosa los 4 eventos ocurridos se concentraron con igual porcentaje en las UPZ Bosa Central y Bosa Occidental.

Esta problemática se agudiza en Bosa debido a que el río Tunjuelo atraviesa cuatro (4) de las cinco (5) UPZ que componen este territorio siendo un foco de contaminación apto para la proliferación de roedores y vectores. A esta situación se le suman los aportes de aguas contaminadas producto del mantenimiento de vehículos que realiza la población en vías públicas, la disposición de aguas servidas y residuos sólidos en canales abiertos como el Santa Isabel y el Tintal, el vertimiento de agua residual del cementerio “El Apogeo”, las construcciones ilegales en la ronda de los ríos que indica que falta gestión por parte de las entidades territoriales para cuidar estas fuentes de agua y el uso inadecuado de los recursos hídricos de la localidad que afecta la salud humana.

Por otro lado, una de las problemáticas más sentidas es la relacionada con la calidad del aire que respira la comunidad de Bosa de acuerdo con los testimonios de los habitantes: “muchas vías se encuentran sin pavimentar generando polvo cuando pasan los vehículos o cuando se levantan fuertes ventarrones”. El conflicto se agudiza por la generación de gases de pintura proveniente de las actividades desarrolladas en talleres de latonería, ubicados sobre la Avenida Dagoberto Mejía, las emisiones de las chimeneas de industrias distribuidas desordenadamente en el territorio, especialmente en la zona de expansión urbana (UPZ Tintal Sur) definida así por el Plan de Ordenamiento Territorial (4).

También está la Cuenca del río Tunjuelo, conformada por una zona alta, propicia para actividades agrícolas y una zona baja actualmente urbanizada, que se caracteriza por regímenes de alta pluviosidad que producen crecientes de gran magnitud. En esta cuenca se localizan las UPZ Apogeo y Bosa Occidental en la localidad de Bosa, siendo este territorio un

foco de contaminación apto para la proliferación de roedores y vectores y el vertimiento de agua residual del cementerio El Apogeo y las construcciones ilegales en la ronda de los ríos. También se encuentran en las áreas más bajas, en algunas depresiones que permanecen inundadas, dando origen a pequeñas zonas pantanosas y encharcadas, que se observa particularmente en el área cercana a la desembocadura del río Tunjuelo.

Quizás en otras épocas esa abundancia de recursos hídricos representaba unas ventajas como factores liberadores, pero en la actualidad la alta contaminación de las aguas de esos dos ríos (Tunjuelo y Bogotá), y los desbordamientos invernales sirven como factores reforzadores que generan riesgos y detrimento en la calidad de vida urbana, originando focos de infecciones a nivel gastrointestinal, donde puede existir el riesg por desnutrición en la población infantil; también, se pueden originar enfermedades de tipo respiratorio, aumentando así la morbimortalidad de la población, tanto menor como mayor de 60 años. De acuerdo al índice de calidad del agua del Consejo Canadiense del Ministerio de Ambiente de Canadá y adoptado por la Secretaría Distrital de Ambiente en su monitoreo de los tramos de los cuatro ríos principales dentro del perímetro urbano, en los cuales está el río Tunjuelo y se evidencia que este es pobre según los rangos del índice, por lo cual la calidad hídrica en el tramo que cruza por la UPZ 84 no es apta para el consumo humano y presenta altas concentraciones de malos olores en todo su trayecto por esta UPZ, lo cual se evidenció en una de las paradas del recorrido de apropiación territorial.

Como determinantes estructurales se encontraron patrones culturales con líneas históricas que han marcado a generaciones completas por la pobreza y conflictos ambientales dada su organización alrededor de dos fuentes hídricas principales para la Ciudad (Río Bogotá, río Tunjuelo). Así mismo, los modelos políticos y económicos no logran adaptarse a la realidad de la población local. Dentro de los determinantes intermedios, es posible identificar cómo en relación con el aseguramiento, la mayor concentración de población de la localidad se encuentra en el régimen contributivo con el 67,2 %; en relación a la Subred y el distrito este porcentaje es más bajo, por el contrario, el régimen subsidiado reporta una prevalencia del 19,7 %, mayor que en la Subred y el Distrito. Bosa presenta una densidad poblacional en aumento; la población menor de 5 años es alta con respecto a los otros quinquenios de edad,

condiciones que, sumadas a las ambientales y de vivienda, coadyuvan a la aparición de enfermedades prevalentes de la infancia.

Además, como determinantes intermedios se reconoce la clasificación socioeconómica por estratificación, donde se ubican las tensiones se presenta la más alta concentración del estrato uno o bajo en la localidad, con mayor cantidad de predios en la UPZ 86 El Porvenir, seguida por la UPZ 84 Bosa Occidental. Estos predios datan de los años posteriores a la anexión de Bosa al Distrito Capital de Bogotá, donde no existía una planificación clara, reglamentada y controlada por alguna entidad distrital, dando cabida a los asentamientos ilegales, que posteriormente fueron legalizados. No obstante, los mayores porcentajes, al igual que en el general de la localidad se ubican en el estrato Dos o bajo, caracterizado por la forma de construcción y su distribución espacial de las manzanas, la malla vial insuficiente o en mal estado, inadecuada para el tránsito de vehículos, dificultando el ingreso del transporte público, la vetustez de sus edificaciones, calidad en la construcción y las adecuaciones internas poco amables e idóneas para el alberge en la mayoría de los casos de más de un núcleo familiar, que no garantizan condiciones higiénicas y sanitarias para gran parte de la población. A su vez, como se evidenció en los recorridos de apropiación territorial, son barrios donde hay déficit de ofertas de servicios sociales y de salud. De igual forma, su ubicación los hace más proclive a eventos de inundación como en la mayoría del territorio de la UPZ 84 y en la totalidad de la UPZ 86 con mayor riesgo frente a este evento.

Análisis de la respuesta

La temperatura de Bogotá, en conjunto con los cuidados inadecuados que en algunas ocasiones se tiene con los menores y adultos mayores, favorece la Alta prevalencia de enfermedades respiratorias en estos dos grupo poblacionales, es importante en la comunidad generar una concientización de los síntomas de una gripa y cuando es necesario llevas a estas poblaciones a los servicios de salud de manera oportuna, adicionalmente se realizan jornadas de vacunación para los grupos de edad de biológicos contra la influenza, generando un factor protector contra las enfermedades respiratorias; se realiza monitorio continua de la calidad del aire, debido a que al momento de aumentar, podrían ser facilitador

para el padecimiento diferentes la patologías del sistema respiratorio alto y bajo. Con el espacio vivienda se fortalece las practicas IAEPI.

Desde el abordaje sectorial se realizaron jornadas de vacunación y posicionamiento de las acciones ante alerta epidemiológica en COLIA y COLEV, al igual que capacitación en reconocimiento de signos de alarma para ERA, medidas preventivas generales y específicas para esta. En espacios locales se presentaron indicadores trazadores asociados a ERA para el reconocimiento de la situación actual y realizar acciones de contingencia.

Desde el componente Explorarte del espacio educativo se realizan acciones preventivas principalmente ocasionadas por la contaminación de todo tipo.

Desde el espacio vivienda El 66,7 % de los niños remitidos por presentar signos de alarma de la enfermedad respiratoria aguda asistieron antes de las 72 horas a salas ERA, en articulación con programas y PYD debe mejorarse el resultado de este indicador. También se realizan acciones como mascota verde y AIEPI Comunitario

Segundo Nodo: Prácticas culturales y estilos de vida que aumentan las condiciones mórbidas en la población

Este nodo de predominancia poblacional, contempla tres tensiones de las cuales una es de la dimensión social: malnutrición por déficit o exceso en toda la población ubicado en la UPZ Bosa Occidental, Bosa Central y Porvenir, afectando la dimensión del PDSP seguridad alimentaria y nutricional; las tensiones correspondientes a la dimensión poblacional son alta prevalencia de enfermedades crónicas en la adultez y vejez ubicada en la UPZ Bosa Central y Occidental y prevalencia de problemas de salud oral en la primera infancia ubicada en la UPZ Bosa Occidental, afectando la dimensión del PDSP vida saludable y condiciones no transmisibles.

Figura 3. Segundo nodo, dimensión poblacional, lo



calidad de Bosa, 2017

Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

Las tensiones de tipo poblacional tienen su relación en cuanto comparten generadores de tipo cultural que conllevan a la población a no cuidar la salud, por lo tanto, no se detectan problemas, sino hasta cuando se padece de alguna enfermedad. Los malos hábitos de higiene oral, el sedentarismo, las condiciones inadecuadas de la vivienda, tensión de tipo social como la malnutrición, conllevan a tener enfermedades de salud oral o enfermedades crónicas.

La prevalencia de problemas en salud oral en la primera infancia está dada por la baja percepción del riesgo de la salud oral y nivel educativo de los cuidadores de los menores, los bajos recursos socioeconómicos que conllevan a inadecuados hábitos de salud oral, las experiencias negativas en el acceso a servicios y estas situaciones se generan a su vez por la dependencia de los niños en el cuidado por parte de sus padres, quienes no tienen cultura de autocuidado, mantienen extensas jornadas laborales debido a la necesidad de tener un sustento económico, el costo elevado de tratamientos odontológicos cuando no se tiene

acceso a un sistema de salud, el desconocimiento de los programas que se manejan en las IPS para la preservar la salud oral, deshumanización en los servicios de salud generando traumas en los menores, altos índices de pobreza que impiden a los cuidadores obtener los implementos de aseo necesarios para realizar una correcta higiene oral, embarazos no deseados.

Para el caso de la notificación por el subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral (Sisveso) por salud oral en Bogotá, el 9,7 % habita en la localidad de Bosa, las UPZ Central y Occidental reportan la mayor notificación. El evento que tiene mayor representatividad en la localidad frente al Distrito es Fluorosis con un 11,9 %, seguida de Caries Cavitacional con un 10,3 % y Gingivitis con el 9,5 %. En cuanto a las características de los usuarios notificados, se tiene que en su mayoría son mujeres con el 62,2 %, con respecto al momento del curso vital los jóvenes son lo que presentan el mayor porcentaje con el 28 %, seguido por los adolescentes con el 26,1 % y por curso de vida el que menos casos presentó es primera infancia con el 0,1 %.

Como reforzadores se encuentran la cultura como patrón de conducta que hace ver la salud oral como algo que no tiene mayor importancia y sobre todo en la primera infancia debido a la muda de dientes, los medios de comunicación que no promueven hábitos de higiene, sino que se dedican a la promoción de los productos sin ningún fin educativo, la edad de los menores quienes por si solos no pueden asumir su cuidado oral y adquieren los patrones de conducta de sus cuidadores.

La salud oral es una condición fundamental para el bienestar y la calidad de vida de las personas y cuando no se goza de buena salud oral, las personas pueden traer complicaciones en el desarrollo de funciones vitales como el habla, la masticación, la nutrición y algunos procesos inmunológicos, así mismo, las enfermedades orales se han encontrado entre las primeras causas de morbilidad y se reconoce su estrecha relación con patologías como la diabetes, las enfermedades cardíacas y pulmonares, el cáncer, los accidentes cerebro vasculares y los nacimientos prematuros; representan además una carga para la sociedad, debido a que su efecto y su resolución generan pérdida de días y años de

trabajo productivo en los adultos y de escolaridad en los niños (SDS. Documento de estrategias operacionales Sisveso, 2017).

La malnutrición se entiende como los problemas nutricionales por déficit o exceso en el consumo por macro o micro nutrientes dentro de los cuales se encuentra el sobrepeso, la obesidad, la desnutrición y las enfermedades carenciales por micronutrientes. Dichas malnutriciones en toda la población por exceso están dadas por estilos de vida poco saludables, malos hábitos alimentarios, sedentarismo y la ausencia de controles médicos conllevando a sobrepeso y obesidad. Respecto a las malnutriciones por déficit de alimentos se encuentra el inadecuado consumo de macro y micronutrientes que no alcanzan a los requerimientos nutricionales de la población siendo más afectados los menores de cinco años, las mujeres gestantes y las personas mayores de 60 años, dentro de estas malnutriciones por déficit se encuentran las enfermedades carenciales se dan principalmente por el consumo disminuido de micronutrientes siendo estos específicamente brindados por alimentos de fuente animal, frutas y verduras.

Estas situaciones a su vez se generan por la dinámica social en la que la mujer se hace potencialmente productiva económicamente dificultando la alimentación casera y saludable en los hogares llevando a la compra de alimentos procesados con altos contenidos de grasa saturada, carbohidratos simples, grasas trans, sodio, entre otros, nutrientes perjudiciales para la salud, A su vez la cultura a través de las falsas creencias como las que indican que un niño robusto goza de buena salud, medios de comunicación que ofertan alimentos no saludables, consumo de alimentos procesados se ha desestimulado en consumo de frutas y verduras. Los oficios que se realizan en la actualidad no exigen una quema de calorías, debido a que las actividades se realizan de forma sedentaria desde un computador, disminuyendo así la actividad física.

La deficiente cobertura para realizar tamizajes en la población desde salud pública para detectar problemas de nutrición en las personas que no tienen acceso a la salud o que asisten a los centros de salud, sobre todo en los lugares más vulnerables de cada localidad, enfermedades o patologías de base.

En bosa la malnutrición por exceso alcanza un 66,4 %, de acuerdo al informe de Indicadores la tasa presentada de Desnutrición Crónica ubica a la localidad en el segundo lugar con 14,3. Del total de individuos notificados al Sisvan en el Distrito Capital con problemas de desnutrición, exceso de peso y bajo peso al nacer, el 11,2 % reside en la localidad de Bosa. El evento con mayor porcentaje de notificación es el exceso de peso con 11,6 %, más de la mitad de estos eventos se presentan en la UPZ Central.

Como reforzadores de la malnutrición está el fácil acceso y oferta desbordada de los alimentos con bajos contenidos nutricionales o elevados aportes de grasas saturadas, carbohidratos simples. Los medios de comunicación que no incentivan alimentación saludable y hacen promoción a los alimentos procesados y ultra procesados, no hay procesos de agricultura urbana y apropiación de la cultura alimentaria y reconocimiento de los conocimientos ancestrales frente a la alimentación saludable, falta de políticas que comprometan a los empresarios a ser responsables socialmente con lo que producen a través de impuestos como el del tabaco y las bebidas azucaradas, políticas laborales no favorecen actividad física, la inseguridad para realizar actividad física en lugares destinados para tal fin, condiciones de Pobreza que limitan el acceso a la canasta familiar, la desviación de recursos destinados a la seguridad alimentaria y nutricional de los menores, el desempleo, la informalidad laboral, culturalmente la dieta de los colombianos se ha basado en altos contenidos de carbohidratos simples, sodios, grasas saturadas y trans.

Las enfermedades crónicas en la adultez y la vejez son causadas por estilos de vida no saludables tales como el sedentarismo, consumo de SPA, malos hábitos alimentarios, falta de controles médicos oportunos, detección inoportuna de la enfermedad y poca adherencia al tratamiento.

Estas situaciones se generan por falta de tiempo para actividades físicas, malos hábitos alimentarios, por poca adherencia a controles médicos por falta de tiempo, tramitología excesiva, falta de identificación oportuna de patologías por ineficiencias del sistema de salud y del conocimiento del ciudadano de sus derechos en salud. Las personas mayores al no tener un cuidador o la posibilidad de movilizarse para acceder a los servicios de salud, abandonan el tratamiento generando mayores complicaciones a su salud de las que ya tienen.

Para Bosa en la vejez para el 100 % de la localidad la Hipertensión arterial es la primera causa de consulta, de igual forma en este momento de vida también empieza a aparecer condiciones crónicas en las primeras causas tales como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes mellitus. De la morbilidad por aseguramiento las atenciones que reportan datos de ubicación muestran que la UPZ que concentra el mayor porcentaje es Bosa Central con el 29,3 %, seguido por Bosa Occidental con el 22,1 % y El Porvenir con el 10,9 %.

Los factores que refuerzan las enfermedades crónicas son el abandono por parte de los adultos mayores, promoción del consumo de alimentos con calorías vacías, más conocidos como comida chatarra, barreras de acceso a los servicios de salud, gestión clínica ineficiente.

Análisis de la respuesta

Como respuesta a estas problemáticas desde Gobernanza se ha participado en los COLIA dando a conocer los resultados de la agenda sectorial y posicionando en los ejercicios de cartografía social y panorama situacional la problemática, al igual que posicionar las políticas públicas. Desde el componente Cuidarte del espacio educativo se encuentra un gran número de niños y niñas con malos hábitos de higiene oral lo que indica una necesidad sentida de fortalecer acciones preventivas en esta población.

Desde el espacio Vivienda en el componente gestión del riesgo los usuarios de Capital Salud que logran acceder a servicios de salud oral efectivamente corresponden a un el 56,2 % de las personas sin control de salud oral, los usuarios niños y niñas sin control de crecimiento y desarrollo que logran acceder a servicios son el 57,7 % de los captados, de igual forma se intervinieron el 39 % de los casos remitidos con desnutrición aguda por VSP y de estos el 69 % de los niños y niñas tuvieron ganancia de peso durante el seguimiento, el 83,1 % tuvo asistencia a control de crecimiento y desarrollo y el 100 % estaban vinculados a un programa de apoyo alimentario.

En cuanto a bajo peso al nacer el abordaje por parte del equipo de vivienda fue del 46,3 % de los niños y niñas remitidos por VSP, de estos, el 46 % tuvo ganancia de peso y el 92,6 % asiste a controles de crecimiento y desarrollo. De los adultos captados el 67,1 % no acceden

efectivamente a control de alteraciones del adulto, el 55,5 % de las mujeres no se han realizado citología y el 81,4 % de las mujeres sin asistencia al programa de cáncer de mama.

Los porcentajes de recuperación del peso, asistencia efectiva a los servicios de salud oral y de detección temprana en el adulto reflejan en esta localidad la necesidad de fortalecer la respuesta, al igual que reorientar las acciones establecidas.

Se han iniciado acuerdos con Secretaría de Integración Social para poder identificar personas mayores con enfermedades crónicas y posteriormente verificar que tengan un acceso oportuno a los servicios de salud, se continúa en el fortalecimiento de ejecución de estrategias enfocadas a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud y hábitos de vida saludable en la población joven, adulta y persona mayor, como la estrategia "Tu vales". Desde los ejercicios propuestos por parte de los consejeros principalmente se han establecido propuestas para el desarrollo de actividades donde buscan la participación de los actores que tienen incidencia como salud e IDRD en donde se han desarrollado procesos de articulación.

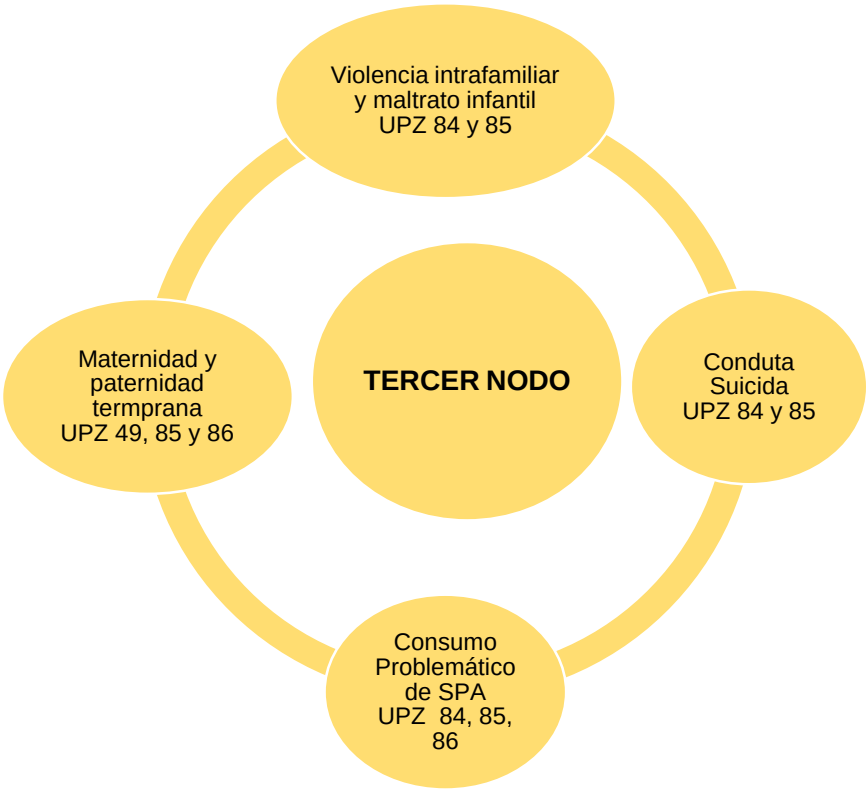
La estrategia de Puntos Cuídate Se Feliz desde el espacio público ha logrado sensibilizar a la comunidad en la importancia de controlar el riesgo cardiovascular logrando captar el riesgo moderado y alto en la localidad el cual es de aproximadamente de un 60 % de los tamizados, sin embargo debe mejorarse la articulación para seguimiento a estos usuarios por Gestión de Programas y EAPB, al igual que mejorar la ubicación por lugar de residencia de las personas tamizadas y concentrarse en los menores de 50 años.

Tercer Nodo: dinámicas sociales y familiares que afectan la salud mental de la población.

Este nodo se caracteriza por confluir en la dimensión social, contiene cuatro tensiones a saber: violencia intrafamiliar y maltrato infantil, conducta suicida ubicadas en las UPZ 84 Bosa Occidental y 85 Bosa Central, consumo problemático de SPA ubicada en las UPZ 84 Bosa Occidental, 85 Bosa Central y 86 Porvenir. Estas tres tensiones afectan la dimensión del PDSP convivencia social y salud mental y la última tensión maternidad y paternidad

temprana en las UPZ 49 Apogeo, 85 Bosa Occidental y 86 Porvenir afectando la dimensión del PDSP sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.

Figura 4. Tercer nodo, dimensión social, localidad de Bosa, 2017



Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

Como determinantes intermedios se encuentran las dinámicas demográficas propias del territorio como lo es el caso de las UPZ Bosa Occidental, Bosa Central y Porvenir que tienen mayor concentración de población joven entre las edades de 0 a 29 años, lo que da cuenta de una alta natalidad generando un crecimiento rápido en estas zonas, pero, las condiciones sociales y económicas de estos territorios carecen de oportunidades para los y las adolescentes y jóvenes, presentándose de manera recurrente situaciones como el embarazo adolescente. Otro aspecto fundamental es el proyecto de vida en adolescentes y jóvenes que ven en la maternidad una forma de darle sentido a su vida o de salir del maltrato o presión de su familia, influencias de pares para realizar prácticas como el cutting, consumo de spa a temprana edad, inicio temprano de relaciones sexuales.

El cuidado del menor se deja en manos de terceros por la necesidad de los cuidadores primarios de trabajar para solventar económicamente el hogar exponiéndolo a ser víctima de violencia, patrones culturales normalizados como el machismo que aceptan la violencia contra la mujer como forma de poder, la discriminación y exclusión social por condiciones de raza, credo, orientación sexual, así mismo los padres adolescentes y jóvenes se ven obligados a trabajar en la informalidad por la dificultad para acceder a oportunidades laborales formales, el estrés en que se vive fomenta conductas suicidas y violencia intrafamiliar lo cual debilita las redes de apoyo. Debilidad en las redes de apoyo, desconocimiento de deberes y derechos en salud, nivel educativo bajo de los padres, barreras de acceso a la educación y el trabajo, fallas en los programas de promoción y detección. Los factores familiares, culturales, económicos, educativos afectan la eficacia de las políticas diseñadas con el fin de mejorar la calidad de vida de la población.

El consumo problemático de SPA en adolescentes, jóvenes y adultos puede ser causado por el uso inadecuado del tiempo libre dado por situaciones como la deserción escolar o la poca oferta de servicios para el aprovechamiento del tiempo libre, así mismo, el fácil acceso y disponibilidad de SPA, como la presencia de consumo de estas sustancias en círculos sociales o familiares fomenta el consumo. Estas situaciones se presentan principalmente por ausencia de vínculos familiares, débiles redes de apoyo, violencia intrafamiliar, dinámicas familiares disfuncionales influencia de pares y aceptación del consumo en los adolescentes. Las personas que presentan depresiones, trastornos mentales fracasos o frustraciones tienen un mayor riesgo de consumir abusivamente SPA. El consumo de SPA también se comporta como un detonante de conductas suicidas y conductas agresivas que conllevan a la violencia intrafamiliar y maltrato infantil siendo las mujeres las que sufren en mayor proporción esta violencia en cualquiera de sus formas.

Durante los acompañamientos del componente 2 al componente 1 en la mesa de SPA, donde se georreferenciaron las zonas de consumo y expendio de la localidad se encontró como factores reforzadores en este nodo territorial se ubican principalmente a lo largo de los canales de la UPZ 86, parques y zonas sin desarrollo urbanístico en ambas UPZ y vías principales con separadores donde hay zonas verdes. Las tensiones de consumo problemático de SPA, conducta suicida, violencia intrafamiliar y maltrato infantil,

desencadenadas por determinantes como modelos socioeconómicos y culturales, fomentan factores reforzadores como conductas adictivas y agresivas que hacen que se normalicen, generando conductas violentas, la falta de educación, así como el proyecto de vida de las adolescentes, que en ocasiones es ser madre para dar sentido a su vida, o salir de una represión familiar, se gestan en entornos conflictivos que son permeados por la violencia en las familias, la ausencia de vínculos familiares, abandono, familias monoparentales o familias recompuestas, son otros factores que se ven presentes en estas tensiones de tipo social. De igual forma, entran los antecedentes familiares de embarazo adolescente, historial familiar de suicidio, presentando decepciones, frustraciones amorosas, familiares, personales, depresiones, trastornos mentales.

En cuanto a las desigualdades Bosa es ubicado por estratificador social de ICV, entre los años 2011 y 2014 en el tercil de las localidades menos aventajadas. De esta manera, Bosa se convierte en la única localidad de la Subred Sur Occidente que permanece en el grupo de las menos aventajadas. Lo cual se relaciona con líneas de pobreza e indigencia que históricamente han superado los promedios distritales. El nodo de predominio social, muestra las desigualdades en salud mental relacionada con indicadores de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia sexual y conducta suicida; identificando que la tasa de violencia intrafamiliar entre el año 2011 y 2014 para la localidad sufrió un aumento de 7,6 por 10.000 habitantes. La brecha de desigualdades muestra que la localidad en el tercil menos aventajado presentó disminución de la tasa en 39,8 para el 2011 y de 37,9 en el 2014 frente a Bogotá. Para maltrato infantil la tasa en esta localidad tuvo un incremento importante para el año 2014 en 4,0 puntos. Comparando sus resultados con el tercil mediano distrital para el año 2011 Bosa tuvo un resultado más alto en 3,7 por 1.000 menores y para el 2014 de 8,3 por 1.000 menores.

Respecto a la conducta suicida, el indicador de ideación suicida para la localidad de Bosa presentó aumento de la tasa en 11,1 puntos, registrando para el 2012 una tasa de 6,4 y para el 2014 una tasa de 17,5 para el 2014, Bosa evidencia aumento en los dos años de análisis, de 3,3 puntos para el año 2012 y 9,4 para el 2014 frente al Distrito, con respecto al intento suicida en Bogotá se evidencia un aumento considerable en la tasa pasando de 3,1 por 10.000 habitantes en 2012 a 5,7 por 10.000 habitantes en 2014 y para el caso del indicador

de suicidio consumado la localidad presentó disminución en 1,8 puntos en el año 2014. Comparada con el tercil de los menos aventajados distrital para el año 2011 Bosa no presentó cambios, lo contrario en el 2014 que aumentó en 2,1 puntos.

Los procesos de notificación de los eventos relacionados con salud mental tienen una proporción de notificación local del 17,0 % frente a Bogotá, la tasa de notificación es de 433,8 casos por cada 100.000 habitantes, la cual se encuentra 193 puntos por debajo de la Subred y 207,4 puntos por debajo del Distrito. El 72,4 % de las personas notificadas son de sexo femenino y el 22,8 % del masculino y 0,1 % indeterminado. La mayor proporción de personas notificadas primera infancia (23,4 %), seguidos de adultez (22,8 %) y adolescentes (20,3 %). Las tres UPZ con mayor notificación son Bosa Central (38,7 %), Bosa Occidental (30,9 %) y El Porvenir (17,9 %), por tasa de notificación, El Porvenir con 619,5 casos por cada 100.000 habitantes es la que muestra la más alta, seguida por Bosa Occidental (586,3) y Bosa Central (400,3). El intento de suicidio es el segundo evento más notificado en esta dimensión (10,1 %), siendo el 7,0 % mujeres y el 3,4 % hombres, de los cuales el 35,9 % son adolescentes, y el 28,5 % son adultos y 33,3 % jóvenes.

Para morbilidad datos año 2016 se tiene que el consumo abusivo de sustancias psicoactivas (vespa) en Bogotá, se notificaron 10.362 casos de consumo abusivo de SPA, de los cuales el 8,8 % de los casos son de la localidad de Bosa, donde las UPZ Central y Occidental tienen la mayor proporción, 32,4 % y 30,6 %, respectivamente. Conducta suicida (Sisvecos) se reportaron 1.133 casos residentes de la localidad de Bosa, al analizar el comportamiento de la notificación frente al Distrito se tiene que la localidad aporta el 11,2 %. El evento de mayor notificación es la ideación suicida que aporta al Distrito el 53,2 % de los casos. En cuanto a las UPZ, la Central y la Occidental presentan la mayor proporción de casos en la localidad.

Para Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Abuso Sexual (SIVIM): Para el 2016, el evento con mayor notificación en la localidad en comparación con el Distrito fue la violencia de genero con un 14,5 %, seguido por la violencia intrafamiliar. Las UPZ con mayor notificación de eventos son UPZ Central y Occidental, en contraposición, la UPZ Apogeo presenta la menor proporción.

En este año se notificaron 4.365 casos de violencia, el 72,9 % de los casos las víctimas son mujeres, en cuanto a la edad, el 26,7 % corresponde a menores de 12 años. Con respecto al comportamiento de los diferentes tipos de violencia por momento del curso de vida, se encuentra en primer lugar los adultos con el 26,8, seguido de adolescentes 20,5 %, y en tercer lugar los niños y niñas menores de 5 años con el 24,4 %.

Las violencias que más afectan a los niños y niñas menores de 5 años es la violencia intrafamiliar, seguido del maltrato infantil, en los adolescentes y juventud es la violencia intrafamiliar, de género y sexual, en la adultez violencia intrafamiliar y de género y en la vejez violencia intrafamiliar dada especialmente por negligencia y la violencia física. En conclusión, la salud mental en esta localidad es vulnerable debido a la alta prevalencia de violencia, conducta suicida, consumo de SPA. Para el caso del suicidio, la tasa de muerte ha venido en aumento en los últimos años en la localidad de Bosa, concentrándose principalmente en la juventud y adultez. En este contexto las comunidades identifican problemáticas como la falta de oportunidades, de redes de apoyo, presencia de problemáticas psicológicas y la falta de información sobre el consumo de SPA, que se encuentran relacionadas con la violencia, la inseguridad, la delincuencia, la segregación social, la estigmatización y la discriminación. Esta situación se ha venido presentando históricamente, debido a las dinámicas sociales que siempre han estado desarrollándose en la localidad.

También se identifica como factores reforzadores la exclusión y la estigmatización, presión de pares que inciden en el inicio temprano de las relaciones sexuales. En cuanto al sector salud se encuentran deficiencias producto de la deshumanización en los servicios de salud, inadecuada implementación de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), barreras de acceso a métodos anticonceptivos, programas de prevención de baja continuidad, desprotección social, por poca adherencia a controles médicos por falta de tiempo, tramitología excesiva, falta de identificación oportuna de patologías por ineficiencias del sistema de salud y del conocimiento del ciudadano de sus derechos en salud. En el caso del análisis para desigualdades se tiene que la tasa de fecundidad de mujeres de 10 a 14 años, para el año 2014 a nivel local presentó disminución de 0,5 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años respecto al año 2011. Bosa en el tercil de los menos aventajados

frente al Distrito se mantiene en el número de nacimientos por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años respecto al año 2011 y 2014 y la tasa de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años, para el año 2014 a nivel local presentó disminución notable de 25,6 puntos respecto al año 2011. Bosa en el tercil de los menos aventajados frente al Distrito presentó cambios significativos especialmente en el año 2011 de 30,2 en el número de nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años y en el 2014 bajo la tasa en 0,9 respecto al Distrito.

Dentro de la localidad séptima de Bosa habita el 48,3 % de la población diferencial identificada en la Subred Sur Occidente. Según el volumen demográfico entendido como el peso porcentual de cada población según su presencia e identificación en los sistemas de información, para esta localidad, la población que cuenta con un mayor peso porcentual son las Víctimas del Conflicto Armado ocupando el 39,6 % dentro del total diferencial. A su vez, la localidad aloja el 30,5 % de las víctimas que habitan de la Subred.

El caso de Bosa resulta interesante pues por su estratificación socioeconómica predominantemente baja, alberga todo tipo de población vulnerable o en fragilidad social por bajos ingresos, aumentando la complejidad que allí se vive, marcado por un fuerte componente ambiental, a partir de la contaminación de los dos ríos que la recorren y el mal uso de los canales de drenaje, pero además por el componente social donde conviven víctimas y victimarios en el mismo territorio.

La distribución espacial de la población Víctima del Conflicto Armado es uniforme en las 5 UPZ de la localidad, con alguna concentración en la UPZ 84 Bosa Occidental y 85 Bosa Central. Dentro de los barrios con mayor presencia de la población víctima de conflicto armado están San Bernardino II Sector, La Libertad, Ciudadela el Recreo y Brasil II Sector en la UPZ 84, Laureles III Sector en la UPZ 85, por la reciente entrega de Viviendas de Interés Prioritario por parte el proyecto urbanístico parque de Villa Javier. En la UPZ 86, se destacan asentamientos en el barrio Santa Fe y en la urbanización Villa Karen.

De acuerdo con esto, la distribución de la población VCA en la localidad de Bosa se encuentra en todos los estratos de la localidad, que van del 1 al 3, ubicándose principalmente en barrios de crecimiento y construcción no reguladas (autoconstrucción y no planificación), donde se destaca que las construcciones de los predios han sido modificadas y/o adecuadas

para el albergue de 2 o más núcleos familiares sin espacios adecuados para la convivencia privada de un núcleo familiar. Las viviendas de interés prioritario se entregan en obra gris, solo con la puerta de entrada. Por las condiciones económicas de las familias se generan condiciones precarias de habitabilidad, hacinamiento, cultura rural instaurada en su habitación, como compartir con animales, exceso de plantas, rayar las paredes, entre otras.

Análisis de la respuesta

Al analizar la respuesta en la prevención de embarazos en adolescentes una actividad importante ha sido el fortalecimiento de las acciones del Programa Bandera de Salud Plena para las mujeres en conjunto con todos los actores incluyendo acciones promocionales para las jóvenes, de igual forma el tema de IVE se ha fortalecido en todas las Unidades de Servicios de la Subred tanto a nivel de capacitación como del desarrollo del proceso. Continuamente se ha evaluado y fortalecido la activación de ruta para el acceso oportuno de jóvenes y adolescentes a servicios institucionales, con énfasis en planificación familiar. Desde el espacio educativo componente Amarte se fortalecen las acciones preventivas de embarazo adolescente y desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

En la prevención y disminución de violencias, se han realizado jornadas de capacitación a profesionales de los Centros Día en notificación de fichas Sivim y activación de rutas por violencia a persona mayor, evaluación del accionar del equipo Sivim respecto a la atención a mujeres, notificación de barreras con el equipo de salud mental, se realiza socialización de política de salud mental, SPA y posicionamiento de la agenda sectorial en los Comités de violencias, de igual forma se avanza en el posicionamiento de diagnóstico de violencias contra las mujeres en espacios mixtos de participación comunitaria e institucional, al igual que se ha capacitado en la activación de ruta violencias. A nivel de familias se ha iniciado acuerdos en el Comité para realizar capacitación a grupos de familias para la prevención de violencias.

En espacios sectoriales se sensibiliza en el desarrollo de práctica clave AIEPI 4 y 13 relacionadas con el Buen Trato para que sea replicada con los usuarios. Frente a las personas con discapacidad se plantearon actividades encaminadas a la eliminación de barreras actitudinales, físicas y de comunicación con ejercicios de sensibilización con la

comunidad mediante la presentación de experiencias propias. De igual forma algo positivo es que desde el espacio de Vivienda se logra ampliar la cobertura lo cual favorece mayor captación de casos para su respectivo seguimiento.

Las acciones encaminadas a dar respuesta a la problemática de violencias han sido favorables y pertinentes, sin embargo, los determinantes sociales, económicos y estructurales implicados en su desarrollo son muy fuertes, principalmente en esta localidad que tiene población vulnerable concentrada en UPZ como Bosa Occidental, Bosa Central y porvenir.

Se continúa avanzando una propuesta de construcción de ruta de prevención de consumo de SPA en articulación con población diferencial LGBTI. El componente Vincúlate desde el Espacio Público facilita acciones preventivas en todos los niveles de riesgo de consumo y SOJU enfatiza en una población importante en riesgo de la localidad como adolescentes y jóvenes, de igual forma la ubicación de las actividades han sido estratégicas en las UPZ donde se concentra esta problemática. Los resultados en SOJU en superación de consumo y mejoramiento de calidad de vida fueron más favorables que en ACOGIDA sobre el 35 % y 34 % respectivamente, lo cual propone reorientar el abordaje con metodologías diferentes para esta última población que tiene un riesgo alto y dadas sus condiciones de vulnerabilidad (habitabilidad en calle o alta problemática socio económica) es difícil su abordaje, también se tiene habilitada la línea SPA, que por su dinámica atiende a la población del Distrito. Desde el componente Acompañarte del espacio educativo se ha identificado en los colegios de estas UPZ un alto consumo de sustancias psicoactivas.

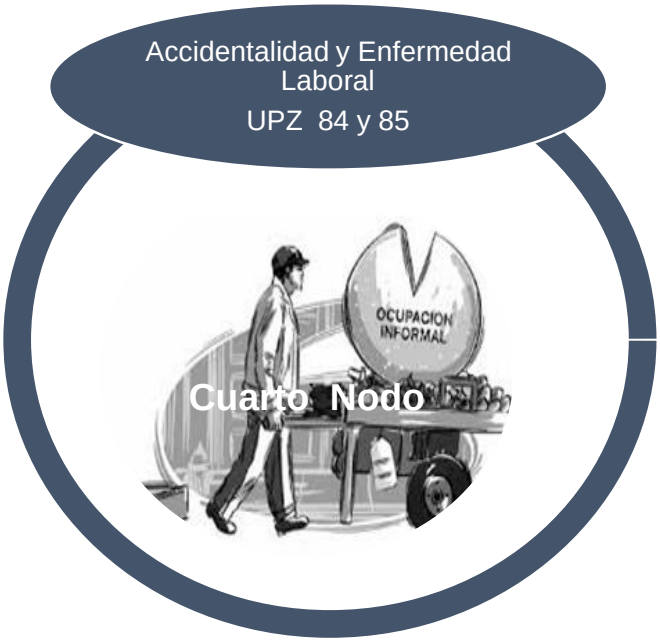
Se da Continuidad al proceso de activación de rutas en el caso que se presenten barreras de acceso para la atención o tratamiento a conductas suicidas con la participación tanto del sector salud como de otros sectores especialmente con el Comité de Atención a Víctimas, Casa de Igual y Oportunidad, Secretaría de la Mujer, Personería Local, Secretaría de Integración Social, se avanza en el proceso de construcción de una ruta de servicios específica para la población víctima del conflicto armado y grupos étnicos teniendo en cuenta que la atención debe tener enfoque diferencial y enfoque de derechos, esto ha sido favorecido con la inclusión de acciones Papsivi desde el espacio Vivienda, de igual forma articulación con la referencia de salud mental para la viabilización y notificaciones de casos

de conducta suicida en mujeres y población de los sectores LGBTI. Se destaca que los casos remitidos al espacio Vivienda por presentar conducta suicida (ideación, amenaza e intento) ninguno tuvo reincidencia del evento, esto va articulado con la intervención que realiza Vigilancia en Salud Pública desde Sisvecos.

Cuarto Nodo: economía informal como fenómeno que vulnera las condiciones dignas y seguras de trabajo

Respecto a la tensión de accidentalidad y enfermedad laboral, de la dimension económica, se encuentra ubicada en las UPZ Bosa Occidental y Bosa Central.

Figura 5. Cuarto nodo, dimensión económica, localidad de Bosa, 2017



Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

La accidentalidad y enfermedades laborales se presentan por los actos inseguros realizados por la persona y condiciones inseguras por el ambiente de trabajo, la falta de implementación de elementos de protección personal, trabajos que no cuentan con un estudio en salud ocupacional de acuerdo al riesgo. Estas situaciones se generan a su vez, por falta de capacitación en el trabajo, falta de planificación en las labores, presencia de factores de

riesgo y errores humanos, desconocimiento de la protección laboral, formas de empleabilidad precarias, falta de acceso a un empleo formal.

En las UPZ 84 y 85 se presenta la tensión de tipo económico, referida a la informalidad. En muchos casos las personas se ven en la obligación de trabajar en la informalidad para poder tener un medio para subsistir, ya que el sistema no garantiza trabajo para todas las personas; esta situación conlleva a que las personas en edad adulta o en la vejez presenten enfermedades o discapacidades por la ausencia de controles y de salud ocupacional durante el ejercicio de sus labores.

Las altas tasas de desempleo que presenta la localidad de Bosa representan sin lugar a dudas, uno de los mayores alicientes para que caigan en la delincuencia o en prácticas insalubres como la adicción a las drogas. Se requieren políticas para generar trabajo digno y decente para que permita el desarrollo de la autonomía sin depender de los programas de asistencia social. Mantener trabajos precarios sería condenan a la gente a vivir en condiciones precarias. El trabajo debe dejar de ser un motivo de frustraciones y convertirse en una oportunidad de desarrollo personal. En materia de género, Bosa tiene una tasa de ocupación femenina de 50,2 %, siendo superior 1,6 puntos a la de hace tres años, cuando se ubicó en 48,6 %. Por el lado de los hombres, la tasa de ocupados fue 69,7 %, aumentando 1,02 puntos porcentuales al observado en 2011 (68,6 %). Analizando lo anterior, aunque los empleos en la localidad aumentaron proporcionalmente, estos favorecieron más a las mujeres que a los hombres, así las diferencias no hayan sido tan grandes. En efecto, las brechas entre ambos sexos se mantienen en 19 puntos porcentuales.

Los factores que refuerzan las enfermedades laborales y la accidentalidad son el trabajo informal, desconocimiento de la norma en riesgos laborales, la acción efectiva de las administradoras de riesgos laborales, la política de trabajo informal no tiene los recursos suficientes para dar cobertura a las necesidades de la población, incapacidad del estado para ofertar de manera suficiente empleos formales.

Análisis de la respuesta

Se ha avanzado en la identificación de las unidades productivas de carácter informal, en dónde se realiza caracterización por parte del equipo de espacio de trabajo, se desarrollan jornadas dónde se oferta feria de servicios dirigidas a la población que se dedica a la actividad del reciclaje (vacunación, manejo de residuos, lavado de manos), se da continuidad al trabajo de activación de las rutas sectoriales que garanticen la oportuna atención del trabajador. El equipo SIVISTRA realiza las intervenciones en salud relacionadas con la exposición en el entorno de trabajo y que afectan la situación de salud, se tiene participación activa en el Comité de Productividad donde se reúnen los líderes de la economía informal de la localidad, de igual forma para el tema de trabajo infantil se articula a través del COLIA, se realiza fortalecimiento en seguridad en el trabajo a mujeres que laboran en diferentes actividades económicas, con los Grupos Organizados de Trabajadores se enfatiza las actividades en todo lo relacionado con seguridad en el trabajo, se avanza en realizar convenios con el SENA para que se promuevan ferias laborales donde se involucren a las personas que están en la informalidad en el sector formal.

Información relevante que no se priorizó

Aunque los datos recopilados durante el presente ejercicio no ubiquen situaciones indeseables en la UPZ 87 Tintal Sur, debido al subregistro, la falta de cobertura institucional en la zona, las mismas surgen al consultar sobre la percepción del territorio. En esta UPZ se dan condiciones de campesinado con algunas fincas en la UPZ Tintal Sur; no obstante, se clasifica como zona de expansión urbana y sobre esta se ha proyectado el crecimiento urbanístico de la ciudad, desarrollando mega-proyectos de propiedad horizontal con una baja oferta de interés social. De igual forma, esta UPZ cuenta con uno de los cabildos indígenas muiscas quienes cuentan con la propiedad ancestral del territorio. No obstante, uno de los cinco territorios priorizados en la Estrategia de Abordaje Territorial se ubica en esta UPZ.

La tradición Indígena en la localidad cuenta con amplios antecedentes, pues el pueblo Muisca se considera el poseedor ancestral del territorio local. Debido al poblamiento occidental y a la urbanización acelerada de la Ciudad, el pueblo Muisca se ha refugiado en el cabildo y sus alrededores, ubicado en la UPZ 87 Tintal Sur. En la actualidad, se encuentra en

disputa parte del territorio Muisca, puesto que esta zona de la localidad se considera en expansión urbana y ha sido objeto de proyectos de vivienda a gran escala.

Según recorridos territoriales, en Bosa la población Afro se ha asentado en las UPZ 86 El Porvenir y UPZ 87 Tintal Sur. Por lo que se sabe, en esta localidad, los Afro se han unido a los indígenas, tanto en procesos de reconocimiento social, espacios de participación como en compartir la convivencia en el territorio, tal es el caso del barrio San Bernardino en la UPZ 87. La población Afro en la localidad se reconoce por su actividad productiva relacionada con restaurantes donde se ofrece la gastronomía propia del pacífico, las cuales pueden encontrarse en las zonas comerciales de la UPZ 85 Bosa Central.

Los Indígenas pertenecientes al pueblo Muisca se han concentrado en la UPZ 87 Tintal Sur, pues este es su territorio ancestral donde se ubica el cabildo de esta población, no obstante: cuanto más reducido, mayor concentración y, por lo tanto, más segregación. Las familias Muiscas han poblado esta zona con viviendas autoconstruidas en predios por legalizar, por lo cual estos barrios aledaños cuentan con problemas de saneamiento básico y acceso a servicios públicos. Las vías se caracterizan por ser destapadas y los lotes sin desarrollo urbanístico alguno que son utilizados para el lavado de costales con el agua del río y la quema de llantas.

Dentro de la Subred, el pueblo Pijao se encuentra concentrado en mayor medida en la localidad de Bosa. De ellos se pueden encontrar algunos en el barrio Laureles UPZ 85 Bosa Central y en gran proporción en el barrio la Libertad UPZ 84 Bosa Occidental. Esta población cuenta con la presencia de un gobernador a la cabeza de su organización, además ellos realizan actividades productivas alrededor de su tradición gastronómica.

Para las poblaciones étnicas el conflicto cultural al llegar a la ciudad representa cambios en la alimentación y en otros factores culturales, además de la situación socioeconómica en la que desenvuelve la familia que limita el acceso a determinados productos para lograr una alimentación balanceada como resultado de esta situación los principales afectados son los niños y niñas.

El consumo de sustancias psicoactivas es una realidad amenazante para los grupos étnicos (por aceptación y adopción de nuevos ídolos o ideales) ya que además de las implicaciones de salud y sociales de esta, conlleva a una separación de la cultura, desarraigo y la pérdida de las costumbres propias, en el curso de vida “juventud” encargado de recibir y transmitir el acervo cultural.

De las condiciones de vida de las mujeres indígenas víctimas de violencia al interior de sus comunidades en la ciudad pocas estadísticas se conocen. Sin embargo, la información existente revela que los más afectadas son las menores de 14 años, en esta problemática se presenta una variación de poder y de autoridad dentro de las comunidades, cabildos y del hogar resultados de los nuevos roles que han logrado las mujeres étnicas (mujeres profesionales, gobernadoras de cabildos y productivas).

Especialmente en lo jóvenes se realizan concientizaciones sobre prácticas sexuales, planificación familiar y responsabilidad de paternidad y maternidad adecuada, en los diferentes espacios locales y en articulación con el espacio escolar; esto acompañado del fortaleciendo de la construcción de los proyectos de vida de los jóvenes que ofrezcan alternativas diferentes a la paternidad. Adicional, Construcción de estrategia conjunta (enlace SOFIA - Subred) para fortalecer el enrutamiento básico por parte de profesionales de trabajo social en casos de violencia sexual.

6.3. Validación contenidos

Con el fin de realizar validación de contenidos, se programaron y ejecutaron unidades de análisis con los diferentes espacios, programas y componentes de la Subred y en espacios intersectoriales, en donde se socializa los hallazgos del proceso de configuración inicial del territorio buscando que los participantes de las sesiones validen o refuten la información encontrada.

6.4. Recomendaciones para los nodos

El proceso de análisis síntesis, busca recoger la información desarrollada a lo largo del documento de análisis de la localidad, partiendo de los nodos identificados en el desarrollo de la metodología de construcción de agenda sectorial, e incluyendo los contendidos desarrollados transversalmente como el análisis de desigualdades y el análisis de la situación de salud y enfermedad de la localidad, permitiendo integrar, sustentar y priorizar aquellas condiciones de salud que afectan la calidad de vida de los habitantes de la localidad de manera que se puedan formular acciones que busquen mejorar la calidad de vida de la población que se ve menoscaba por dichas condiciones.

Las agendas sectoriales como espacio de discusión para que se puedan poner en análisis problemáticas sentidas de la población y se puedan proponer estrategias y acciones que den respuesta a las necesidades, se convierten en una herramienta eficaz para la identificación de actores estratégicos e intervenciones efectivas de acuerdo al contexto donde se generan las tensiones.

Al identificar situaciones tensionantes en la localidad y llegar a territorializar las acciones a través de los nodos se puede contar con una priorización de estas acciones, que en últimas buscan mitigar la situación identificada, ya sea competencia del sector salud o de otros sectores.

Sin embargo, el ejercicio se vuelve complejo por el flujo de intereses que no permite tener una acción articulada ya que cada institución o actor tienen intereses particulares que no se ven reflejados en el ejercicio.

Se hace por eso necesario la construcción conjunta de las propuestas partiendo de un ordenador que no solo priorice las acciones, sino que permita dar respuesta a las necesidades tanto de la población como de las instituciones.

Si bien es cierto, cada UPZ tiene su dinámica particular, el accionar de las Instituciones es similar, la intervención se hace a partir de territorios priorizados y lo que se busca es incidir positivamente en los indicadores que se analizan en cada institución, no se debe dejar a un lado actores estratégicos que dan vida a las propuestas hechas para cada tensión.

A partir de lo descrito a través del documento y enfocados en la respuesta efectiva para las necesidades identificadas en la población de la localidad de Bosa se formulan las siguientes recomendaciones:

- En todas las IPS de la localidad, generar una ruta de promoción y prevención donde los niños y niñas que ingresen por servicios resolutivos o por promoción y detección temprana, se les garantice el 100 % de las acciones contempladas en el plan de beneficios (Salud oral, vacunación, crecimiento y desarrollo etc.)
- Focalizar la cobertura de acciones en salud oral que se realizan en el Plan de Intervenciones colectivas a la población menor de cinco años, a través del tamizaje por perfil específico de odontología en el espacio vivienda con el componente de acciones familiares y actividades de IEC con énfasis en salud oral, educación alimentaria y nutricional y actividad física en las jornadas del espacio público, involucrando otros sectores.
- Para el ingreso a los programas y proyectos de atención a la primera infancia en la Secretaría de Integración Social e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, incluir como requisito los controles en salud oral.
- A través de estrategia cuidarte del espacio educativo y el componente de acciones en Hogares comunitarios de Bienestar articular con directores locales, rectores y docentes y madres comunitarias la inclusión de elementos de salud oral como requisito para la práctica de hábitos favorables durante la jornada escolar, así como los tiempos necesarios para el desarrollo de la misma.
- Implementación y seguimiento de programas de hábitos alimentarios saludables y estilos de vida saludables con enfoque diferencial con énfasis en la población étnica que les permita asimilar los cambios culturales en contexto de ciudad en las UPZ Porvenir y Tintal Sur
- Desarrollar la estrategia de Huertas urbanas con población vulnerable en la UPZ Provenir y Tintal Sur, a través de asistencias técnicas, acompañamientos y generación de conocimiento, entorno a los temas de soberanía y seguridad alimentaria nutricional en articulación con otros sectores (IPES, SLIS, ambiente, Jardín Botánico)

- Implementar la capacitación a personal de salud que atiende niños y niñas en prácticas de AIEIPI comunitario y la implementación de AIEPI clínico
- Fortalecer la implementación de la tienda escolar de acuerdo a la resolución 2092 de 2015, realizando los respectivos, acompañamientos y seguimientos, en articulación con el DILE, iniciando en las Instituciones de la estrategia Sintonizarte, para luego abordar el 100 % de Instituciones enfatizando UPZs Patio Bonito y Gran Britalia.
- Articular esfuerzos sectoriales e interinstitucionales para el desarrollo de una propuesta de programa de actividad física para todos los momentos de curso de vida.
- Desarrollar sesiones de capacitación para familias líderes en prácticas de AIEIPI comunitario, lavado de manos, para que posteriormente sean multiplicadores de esta capacitación en su comunidad, aprovechando los espacios de población captada en los diferentes programas sociales.
- En puntos de gradiente de contaminación alta encontrados de acuerdo al monitoreo de calidad del aire fortalecer la educación en medidas protectoras.
- Fortalecer el programa de medicina ancestral con capacitación sobre prácticas preventivas y de orientación para la atención de enfermedades respiratorias en la población étnica ubicada en la UPZ Tintal Sur y Porvenir.
- Aumentar los puntos de monitoreo de Calidad del Aire para fuentes fijas y móviles, destacando los puntos críticos en vías de alto flujo vehicular y en malas condiciones UPZ Bosa Occidental, Bosa Central y Apogeo.
- Mejorar la cobertura asfáltica especialmente en la UPZ Bosa Central, Bosa Occidental, de igual forma en la mejora del control a las pequeñas industrias y proyectos de vivienda urbana en la UPZ Porvenir.
- Ampliar la cobertura del espacio vivienda en intervención psicosocial para el total de la población remitida por SIVIM, principalmente en las UPZ Bosa Central y Bosa Occidental.
- Capacitar a los profesionales en atención de primeros auxilios para salud mental y posicionar la política pública de salud Mental y la política de consumo de SPA en espacios donde no se ha podido acceder.
- Implementar en la ruta de atención educación en nuevas masculinidades, sobre todo en los cursos prenatales y consultas de crecimiento y desarrollo como acciones de

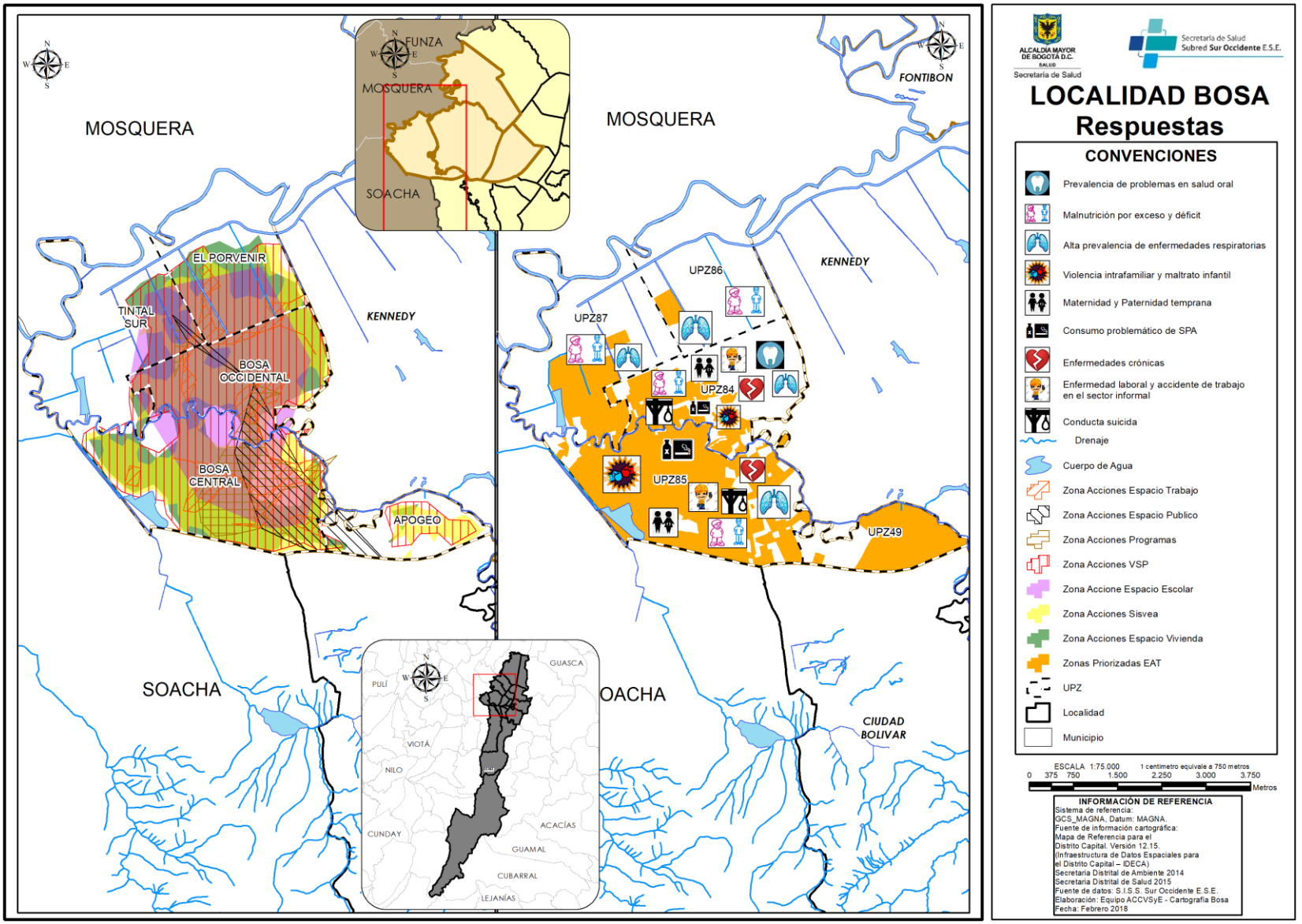
mitigación de micro machismos para el fomento de paternidades corresponsables y no violentas.

- Diplomados para padres de familia relacionados con la prevención de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil, consumo de SPA, embarazo en adolescentes y conducta suicida.
- Implementar estrategias en la detección temprana y oportuna de la discapacidad minimizando el riesgo de incrementar el nivel de dependencia y severidad, así mismo todo lo relacionado con las alteraciones asociadas con la discapacidad, la condición, el estado de la salud y funcionamiento que permita incentivar las rutas para eliminación de violencias hacia las personas con discapacidad y la disminución de barreras actitudinales (formas de expresión).
- Realizar un convenio con universidades para que profesionales en formación realicen seguimiento a casos puntuales de violencia
- Generar escenarios de capacitación con las instituciones locales y la comunidad donde se permita hacer un proceso de formación sobre exigibilidad de derechos teniendo en cuenta el enfoque diferencial
- Fortalecer el servicio amigable "Rincón del joven" preventivas en embarazo en adolescentes consumo de SPA y conducta suicida, con demanda inducida, posicionamiento en la oferta de servicios en especial en la UPZ 85 Bosa Central
- Ampliar la cobertura de Instituciones Educativas con la estrategia sintonizarte, cambiando la priorización de intervención a que se hace por cursos y debería hacerse por institución de acuerdo a las problemáticas presentadas en cada institución.
- Crear alianzas estratégicas con la Secretaría de Educación y la Secretaría de Integración Social para la ejecución de proyectos que involucren acciones de salud sexual y reproductiva con jóvenes logrando un abordaje integral.
- Promover acciones intersectoriales para mejorar las condiciones socioeconómicas de jóvenes y fortalecer la construcción de proyectos de vida que ofrezcan alternativas no basadas en la maternidad y la paternidad como principios.
- Construcción de estrategia conjunta (enlace SOFIA - Subred) para fortalecer el enrutamiento básico por parte de profesionales de trabajo social en casos de violencia sexual

- Ampliar la cobertura de consulta, tratamiento y control del Centro de Atención a Drogodependientes -CAD- no solo para consumo inicial de SPA sino para consumo problemático
- Ofertar la cápita de la subred con Capital Salud para la remisión de casos al Centro de Atención a Drogodependientes -CAD-
- Implementar nuevamente los CAMAD Centros móviles de atención a Drogodependientes, con el fin de garantizar la consulta y controles de los ciudadanos habitantes de calle con consumo problemático de SPA.
- Ampliación e implementación de unidades de salud mental
- Garantizar la expedición de la carta de población especial (habitante de calle) por parte de Secretaría Distrital de Integración Social, para que los ciudadanos habitantes de calle que deseen iniciar tratamientos y controles para deshabituación de consumo o rehabilitación lo puedan realizar sin presentar barreras de aseguramiento.
- Fortalecer procesos interinstitucionales con SDIS e Idipron para el manejo y tratamiento de la población con habitante de calle o en riesgo de habitar la calle por problemas de consumo de SPA
- Crear cuadrantes de seguridad para SPA de tal forma que se pueda vigilar el microtráfico en los entornos escolares y los parques
- Aumentar en un 50 % jornadas de identificación de condiciones crónicas al igual que el recurso humano desde el espacio público, garantizando el seguimiento por EAPB a los usuarios captados por la estrategia cuídate y se feliz.
- Realizar jornadas de capacitación con población sobre alimentación saludable con un componente práctico, de acuerdo a las condiciones económicas de cada familia, similar a la estrategia “Tú vales”.
- Control de eventos en salud (Hipoacusia Inducida por Ruido) exigiendo valoración periódica de la capacidad auditiva en aquellos entornos en dónde la exposición al ruido es alta y/o continua.
- Realizar análisis de puestos de trabajo en cuyas UTIS se evidencia algún riesgo que pueda potencializar un evento ATEL.
- Realizar convenios con el sector privado para que se promuevan ferias laborales donde se involucren a las personas que están en la informalidad en el sector formal.

- Trabajar coordinadamente con los sectores de educación, recreación y deporte, cultura y demás sectores para vincular a trabajadores en escenarios que permitan potencializar habilidades culturales, laborales o deportivas.
- Dentro de las temáticas trabajadas en los espacios de vida cotidiana se debería dar mayor énfasis a las temáticas de salud mental en toda la población, como inteligencia emocional, manejo de la ansiedad, manejo adecuado de las emociones
- Establecer en la subred servicios de salud amigables con énfasis en salud mental, mínimo uno en cada localidad, en articulación con las instituciones que cuentan son incidencia en esta problemática.
- Ampliar cobertura en Sisvecos y espacio Vivienda de tal forma que se pueda realizar más IEC y seguimientos posteriores a los casos notificados, no solo del paciente sino de su familia.
- Crear la ruta de atención diferencial para las mujeres, mujeres lesbianas, bisexuales y hombres y mujeres transgéneristas, hombres gay, bisexuales y personas en ejercicio de la prostitución en materia de acciones de promoción y prevención para la salud mental de este grupo poblacional.
- Construir una ruta de servicios específica para la población víctima del conflicto armado y grupos étnicos teniendo en cuenta que la atención debe tener enfoque diferencial y enfoque de derechos.
- Articular acciones con el centro local de atención a víctimas donde se identifiquen casos para remisión a Sisvecos o atención Papsivi según alteración o característica de abordajes

Mapa 19. Respuesta y recomendaciones para la localidad de Bosa, 2017



Contenido

1. Secretaría Distrital de Salud. Guía para la elaboración del documento ACCVSyE [Internet]. Bogotá; 2017 [cited 2017 May 19]. Available from: https://drive.google.com/drive/folders/0B-QZ8j99xqrBTDd5MzlMd3BLczA
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Cruz SM, Sandra S, Vargas Valencia P, Erika Z, Vargas M. Estudios Postcensales, proyecciones nacionales y departamentales de población 2005 - 2020. 2010.
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Series de nacimientos y defunciones. Bogotá;
4. Salúd OP de la. Diabetes mellitus. 2014;
5. Organización panamericana de la Salúd. Estadisticas demograficas y socioeconomicas. 2014;
6. Castaño LSÁ. Los Determinantes Sociales de la Salud: más allá de los factores de riesgo. Rev Gerenc y Políticas en Salud. 2009;8:69–79.
7. Social D de la P. Descripción del Enfoque Diferencial. Bogotá; 2012.
8. GRUPO DE ANALISIS DE CALIDAD, CONDICIONES DE VIDA SYE. Guía para Elaboración del documento ACCVSyE. Bogotá; 2017.
9. Colombia C de la R de. Ley 1448 de 2011. Bogotá; 2011.
10. Colombia P de la R de. Decreto 2957 de 2010. Bogotá; 2010.
11. Educación S de. Sistema Sexo Género. Colima; 2016.
12. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Malta; 2011.
13. Alcaldía mayor de Bogotá D.C. DECRETO 470 DE 2007 - Política Pública Distrital de Discapacidad. Bogotá; 2007.
14. Mujer SD de la. Mujeres en Cifras: Acercamiento al fenómeno de la prostitución en Bogotá. Bogotá; 2015.
15. Colombia C de la R de. Ley 1641 de 2013. Bogotá D.C.; 2013.
16. Alcalde Mayor de Bogotá DC. Política Pública para el fenómeno de habitabilidad en calle. Bogotá D.C.; 2015.
17. D.C. CD de B. Proyecto de Acuerdo 008 de 2009. Bogotá; 2009.
18. D.C. CD de B. PROYECTO DE ACUERDO No. 265 DE 2010. Bogotá; 2010.

19. Javeriana PU. Lineamientos Generales de la Política Distrital de Reciclaje. Bogotá; 2010.
20. Educación M de. Ambientes Escolares Libres de Discriminación. Bogotá; 2016.
21. NU, CEPAL C. Estudio sobre la distribución espacial de la población en Colombia. 2013.
22. Figueroa Quique J. Distribución espacial de la población [Internet]. Educación. 2016. p. 9. Available from: https://es.slideshare.net/jackelinlin/distribucin-espacial-de-la-poblacin
23. Urrea F. Igualdad para el buen vivir. Bogotá; 2016. 32, 33 p.
24. Aguilar Dominguez M. LAS DIMENSIONES ESPACIALES DE LA SEGREGACIÓN RESIDENCIAL EN LA CIUDAD DE MÉRIDA, YUCATÁN, A PRINCIPIOS DEL SIGLO XXI. Península. 2017;XII(Enero-Junio):147–88.
25. Secretaría Distrital de Salud. Guía Técnica del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. 2017.
26. Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica de Espacios de Vida Cotidiana. 2017.
27. Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica de Procesos Transversales. 2017.
28. Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Anexo operativo 1 Gestión de la información para la vigilancia en salud pública. 2017.
29. Secretaría Distrital de Salud. Anexo Operativo del Componente 1: Posicionamiento de las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida. 2017.
30. Secretaría Distrital de Salud. Grupo ACCVSyE. Guía para Elaboración del documento ACCVSyE. Bogotá D.C.; 2017.
31. Ministerio de salud y protección social. Lineamientos conceptuales: Estrategia PASE a la equidad en salud. Bogotá D.C.;