

DOCUMENTO ANÁLISIS DE CONDICIONES, CALIDAD VIDA, SALUD Y ENFERMEDAD

Localidad de Bosa

7



Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Coordinación General del Documento
Diana Carolina Fajardo Niño

Autores Subred Sur Occidente
Sandra Barbosa
Claudia Patricia Beltrán
Claudia Bermúdez
Adriana Lizette Colorado
Mónica Andrea Rodríguez
Johana Alexandra Mateus
Carolina Santofimio
Javier Camilo Aguillón
Fredy Andrés Chitiva
Carlos Fernández

Fotografía portada
Oficina asesora de comunicaciones
Subred Sur Occidente

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090 Bogotá, D. C. - 2017
www.saludcapital.gov.co
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090 Bogotá, D. C. - 2017
www.saludcapital.gov.co

CONTENIDO

ABREVIATURAS	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
3. METODOLOGÍA	9
4. ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES, CALIDAD DE VIDA SALUD Y ENFERMEDAD...40	40
a. Primera infancia.....	46
b. Infancia	50
c. Adolescencia.....	54
d. Juventud	58
e. Adultez.....	61
f. Vejez	64
5. CONCLUSIONES.....	68
6. RECOMENDACIONES	72
7. BIBLIOGRAFÍA	76

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Valoración de criterios método Hanlon, según color asignado por cada participante de los grupos funcionales, Subred Sur Occidente E.S.E. 2018	12
Tabla 2. Resultados método Hanlon, prioridades primera infancia, Bosa, 2018.....	14
Tabla 3. Resultados método Hanlon, prioridades infancia, Bosa, 2018.....	15
Tabla 4. Resultados método Hanlon, prioridades Adolescencia, Bosa, 2018.....	16
Tabla 5. Resultados método Hanlon, prioridades Juventud, Bosa, 2018	16
Tabla 6. Resultados método Hanlon, prioridades Adultez, Bosa, 2018	17
Tabla 7. Resultados método Hanlon, prioridades Vejez, Bosa, 2018	18

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Ejes de la política SAN, Subred Sur Occidente E.S.E.	23
---	----

LISTADO DE MAPAS

Mapa 1. Concentración de PM ¹⁰ promedio, localidad de Bosa 2017	43
Mapa 2. Casos de Sífilis congénita, localidad de Bosa 2016-2017	47
Mapa 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la infancia, localidad de Bosa 2016-2017	51
Mapa 4. Consumo de SPA en adolescentes, localidad de Bosa 2016-2017	55
Mapa 5. Tasa de violencia en la juventud, localidad de Bosa 2017.....	60
Mapa 6. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la adultez, localidad de Bosa 2017	63
Mapa 6. Tasa de violencia en la vejez y de notificación de discapacidad, localidad de Bosa 2017.....	66

ABREVIATURAS

ACCVSYE: Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad
CHC: Ciudadano Habitante de Calle
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EMB: Encuesta Multipropósito de Bogotá
GESA: Gestión de la Salud Ambiental
Ha: Hectáreas
ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IDIGER: Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y Cambio Climático
IDU: Instituto Distrital de Desarrollo Urbano
IVC: Inspección Vigilancia y Control
OMS: Organización de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
ONG: Organización no Gubernamental
PIC: Plan de Intervenciones Colectivas
PDD: Plan Distrital de Desarrollo
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
POS: Plan Obligatorio de Salud
POT: Plan de Ordenamiento Territorial
PTS: Plan territorial de Salud
SISVECOS: Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida
SIVELCE: Sistema de Vigilancia Lesiones de Causa Externa
SIVIM: Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y la Violencia Sexual
SPA: Sustancia Psicoactiva
UAESP: Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos
UPGD: Unidad Primaria Generadora de Datos.
UPZ: Unidad de Planeamiento Zonal
VESPA: Sistema de Vigilancia del Consumo de SPA.
VIF: Violencia Intrafamiliar

1. 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 E.S.E.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.

Es un esfuerzo conjunto en el cual participa la comunidad, instituciones locales y el sector salud, orientado a visibilizar la realidad que vive la localidad de Bosa desde el reconocimiento y comprensión de las condiciones sociales que determinan la calidad de vida y salud de las personas. Por ende, este documento se construye con los aportes de la comunidad, de los equipos de salud de la Subred y otros sectores con presencia local.

Actualmente, la localidad de Bosa está conformada por 753.496 habitantes siendo la cuarta localidad con mayor población en el Distrito, de los cuales el 48,7% son hombres y el 51,3% mujeres, su población se concentra en la edad adulta (34,9%) seguida de la población joven (19,5%). De acuerdo a la Encuesta Multipropósito 2017, en su mayoría residen en estrato 2 (89%) y 1 (7,3%), lo que responde a su vez a inequidades de salud. De las cuatro localidades que integran la Subred Sur Occidente E.S.E., Bosa es la segunda más compleja, por sus características territoriales y en ésta, emergen problemas de tipo ambiental, social, económico que inciden en la calidad de vida y en las dinámicas de la población.

El análisis presentado buscará integrar la información disponible respecto a la localidad, 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.

La ocurrencia de eventos relacionados con la salud y la enfermedad de las poblaciones obedece a situaciones de fragilidad social estructurales. Así pues, el análisis de las mismas debe orientarse no sólo a entender la influencia de factores de riesgo de diversa índole y su impacto sobre la salud, sino también a abordar la complejidad de las relaciones y los procesos

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"

históricos a través de los cuáles se han configurado dichas condiciones de fragilidad social junto con su resultado en el estado de salud.

Así mismo, las respuestas deben estar orientadas al diseño de políticas sociales y acciones tendientes a disminuir las brechas estructurales en los grupos humanos, mediante acciones que involucren a los diferentes sectores, donde salud es sólo uno de los actores involucrados (1).

El documento está compuesto por tres momentos, el primero, denominado *Alistamiento* retoma la información recopilada por el equipo de Accvsye de la Subred, en anteriores diagnósticos, informes de indicadores, salas situacionales, asis diferenciales, entre otros insumos dados por el PIC y el área asistencial, de tal forma que se pueda hacer lectura de la realidad de la localidad y enlistar prioridades en salud que serán validadas y analizadas en el siguiente momento.

El momento dos denominado *Análisis*, consiste en la realización de tres mesas de análisis con la participación de los actores sociales (comunidad, organizaciones, otros sectores, equipos de salud), que buscan información robusta e integral de carácter territorial, con un énfasis cualitativo, que permita dar cuenta de cómo los determinantes sociales influyen en las dinámicas comunitarias de la localidad, las cuales están estrechamente relacionadas con las desigualdades e inequidades en salud, analizar la respuesta del sector salud y otros sectores a las prioridades evidenciadas en el primer momento.

El tercer momento, denominado *Divulgación*, construye una nota política partir del análisis realizado en los anteriores momentos, en un ejercicio de concreción del documento final y busca orientar la toma de decisiones frente a una lectura de realidades de la localidad.

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.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Generar conocimiento sobre las condiciones de vida, calidad de vida, salud y enfermedad en las comunidades de la localidad de Bosa, para orientar la toma de decisiones en salud pública a nivel distrital.

Objetivos específicos

- Identificar prioridades por momento de curso de vida y por cada dimensión del Plan Decenal de Salud Pública, mediante el análisis de contenidos con el fin de priorizar problemáticas por momento de curso de vida.
- Procesar la información obtenida en las mesas de trabajo con actores, sectores y comunidad, a través de metodologías, métodos y técnicas cualitativas del curso de vida, para el desarrollo y la consolidación del documento de Accvsye.
- Analizar los resultados de las mesas de análisis en el contexto político local, a partir de las acciones institucionales, con el fin de sintetizar los resultados en una nota política.

3. METODOLOGÍA

Para la construcción del documento Accvsye de la localidad, se propuso la realización de un plan de análisis que fue orientador en el análisis de la información y permitió dar cuenta de las dinámicas sociales, económicas, ambientales y poblacionales, así como la identificación de forma sistemática de pautas acerca de qué datos se debían recopilar de fuentes primarias y cuáles a través de fuentes secundarias, cómo recopilarlos y los tipos de análisis que se requirieron para su interpretación, lo cual conllevó a la comprobación de hipótesis clave útiles para la toma de decisiones (2).

Si bien es cierto el plan de análisis fue el primer paso para construir el documento, se propusieron tres momentos para el desarrollo del mismo, el primer momento que da cuenta de la construcción del plan de análisis y la elaboración de una matriz de información que contuviera las prioridades para la localidad por momento de curso de vida y por dimensión del PDSP, un segundo momento cuyo objetivo era el análisis a través de las mesas con los diferentes actores, donde se jerarquizaba las prioridades se analizaban sus determinantes y se hacía una revisión de la respuesta institucional y las posibles recomendaciones frente a esta respuesta. Por último, se planteó el tercer momento de divulgación cuyo resultado es un resumen de política o *“policy brief”*, que permitirá orientar la toma de decisiones de acuerdo a los hallazgos en los momentos anteriores. A continuación, se describe cada uno de los momentos contemplados en el documento y el resultado general de los mismos.

Momento uno: alistamiento

Para el primer momento del documento Accvsye fue fundamental la construcción del plan de análisis, puesto que permitió ordenar y clasificar los diferentes momentos y fases que constituyen el proceso de formulación y elaboración de un análisis desde una perspectiva holística que integró los enfoques cualitativo y cuantitativo. En este plan se evidenciaron las técnicas de investigación cualitativa para cada mesa de análisis de la siguiente fase del documento, así como los actores necesarios, para analizar las intervenciones en las necesidades en salud y las posibles recomendaciones para mejorar las acciones institucionales de forma articulada entre sectores.

Al inicio se plantearon técnicas de investigación que en el desarrollo de las mesas se fueron reevaluando puesto que el público objetivo, como las dinámicas de cada espacio al que se asistía, no permitían realizarlas ya que demandaban tiempo y disposición de los participantes. En el caso de la mesa uno donde se pretendía jerarquizar a través de la matriz Vester, dado que la técnica permitía identificar la prioridad con mayor impacto respecto a las demás, sin embargo, al ser el ejercicio aplicado a los grupos funcionales espacios en los que participan

representantes de los espacios de vida cotidiana y los procesos transversales del Plan de Intervenciones Colectivas, se volvía inviable la jerarquización puesto que se debía analizar para el momento de vida correspondiente, cada prioridad según las dimensiones del PDSP y por localidad (4 localidades por espacio). Es así como se optó por el método Hanlon a través de la semaforización de criterios para priorizar. En la mesa dos se esperaban entrevistas y experiencias en vivo, pero sólo se lograron grupos focales, puesto que el tiempo para la recolección y procesamiento de la información fue limitado.

Simultáneamente a la construcción del plan de análisis, se realizó una matriz de alistamiento que contenía 83 prioridades distribuidas en cada dimensión del PDSP y cada momento de curso de vida. Por cada una, se identificó metas asociadas al PTS, actores y sectores involucrados, oferta institucional y ciudadana fuentes de información disponible y justificación de la prioridad teniendo en cuenta los criterios de afectación en el territorio gravedad asociada a la mortalidad y magnitud asociada a la morbilidad.

Para realizar la matriz, se revisaron e interpretaron diagnósticos locales 2009 -2014, Documento Accvsye 2015 – 2016, informes de indicadores, bases de datos de los espacios de vida cotidiana, bases locales de los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, boletines ambientales, la encuesta Multipropósito de Bogotá año 2011 y 2014, la encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015, el informe del consumo de Sustancias Psicoactivas 2016 de la Alcaldía de Bogotá y la Secretaría de Salud, la encuesta de movilidad 2015, el Censo de Habitante de Calle 2017 del DANE, la encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015, entre otros.

La matriz de alistamiento se validó en los grupos funcionales por momento de curso de vida que se realizan mensualmente, en el que asisten representantes de los espacios de vida cotidiana y procesos transversales del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC). También se realizó una sesión específica con el componente uno de Gobernanza, de tal forma que se pudiera obtener la información detallada a nivel intersectorial de las prioridades.

Finalmente, el equipo Accvsye realizó una mesa de trabajo en la que, de acuerdo al análisis de contenido realizado al inicio y la validación con los equipos locales, se decidió hacer una priorización inicial de prioridades por momento de curso de vida, de tal forma que se pudiera llegar al segundo momento correspondiente al análisis con prioridades críticas para la localidad y donde se puedan abordar con mayor profundidad.

Momento dos: análisis

Para el momento dos “Análisis”, cuya propuesta era tres mesas de trabajo, se planteó una lectura de necesidades desde la estrategia Gestión Social Integral (GSI), que promueve la construcción social del conocimiento al integrar experiencias, saberes y conocimientos comunitarios en la comprensión de la realidad social tal cómo es. Esta construcción se favorece con la propuesta metodológica de leer conjuntamente la realidad y reduce la distancia entre la institución y la ciudadanía (3).

El análisis colectivo de la realidad profundiza en la explicación de las necesidades sociales, relaciona las condiciones de ocupación, ingresos, niveles educativos y patrimonio material que definen la posición social de individuos/grupos con la garantía o no de los derechos y los daños que son la expresión de las desigualdades e inequidades, este análisis complejo explica el impacto y consecuencias en términos de bienestar y calidad de vida para las personas. La lectura pretende explicar la naturaleza de las necesidades, su presencia y permanencia, desde una mirada comprensiva de las relaciones de poder que determinan las condiciones de vida de las personas; recoge la forma en que las comunidades identifican, comprenden y enfrentan cotidianamente sus necesidades, al igual como las instituciones interpretan y abordan las mismas porque en el contraste de estas dos miradas se observan distancias entre la respuesta que es necesaria con la respuesta que es ofertada (4).

Es necesario el análisis desde los diversos actores a través del dialogo que posibilita relacionar, complementar o contrastar la percepción de la realidad que vive la localidad de Bosa, va más allá del análisis causa -efecto, comprendiendo desde lo colectivo lo qué pasa y cómo afecta a la población, para poder gestionar acciones que ayuden a disminuir las profundas desigualdades e inequidades que confluyen en el territorio.

Poder realizar lectura de necesidades en las mesas de trabajo, ahínca el esfuerzo desde la gobernanza, por su efecto movilizador en las comunidades ya que se definen planes de acción colectiva para la transformación social de la localidad. El poder realizar un análisis integral permite construir mejores respuestas que permitan disminuir las brechas de desigualdad, ya que se pueden comprender los determinantes sociales bajo la perspectiva de los derechos.

La lectura de necesidades se documenta de forma cualitativa en un instrumento denominado narrativa de los territorios, que busca comprender cómo se vive en los territorios, qué relaciones se tejen en él y cuáles son los problemas y temas que movilizan tanto a los habitantes como a las instituciones. La narrativa da cuenta de las necesidades humanas/sociales en perspectiva de derechos, comprende y explica las razones por las que no se garantizan los derechos y pregunta por la magnitud de las inequidades y las desigualdades perpetuadas allí (4).

En las narrativas, se caracteriza y contextualiza las relaciones políticas, sociales, económicas, ambientales, geográficas, culturales y de poder presentes en el territorio, analiza la posición social de los grupos e individuos de acuerdo a la garantía o no de los derechos humanos.

A continuación, se describe como se realizaron las mesas del momento dos, utilizando la metodología de grupos focales y sus principales hallazgos, para que luego en el apartado cuatro se desarrollen con más detalle de acuerdo a la prioridad por momento de curso de vida.

Primera mesa de análisis

Para la validación de las prioridades que surgieron en el momento de Alistamiento y posterior jerarquización de las mismas, se adaptó el método Hanlon el cual consiste en dar un valor a cada problemática de acuerdo a cuatro criterios que permiten decidir prioridades en salud:

- Magnitud: número de personas afectadas por el problema en relación con la población total.
- Severidad: hace referencia a la mortalidad que causa la prioridad y la carga social de la misma.
- Eficacia en la solución: permite valorar si los problemas son fáciles o difíciles de solucionar.
- Factibilidad: grupo de factores que no están directamente relacionados con la eficacia, pero que le permiten a la comunidad determinar si el problema tiene solución y si las acciones son aplicables (pertinencia, factibilidad económica, disponibilidad de recursos, legalidad, aceptabilidad)

Para la validación de la información y jerarquización de prioridades se realizaron 4 sesiones, cada una en los grupos funcionales de la Subred, en el que asisten representantes de los procesos transversales, espacios de vida cotidiana y PyD. Es necesario aclarar qué, por estar en red, los trabajos locales se hacen mucho más complejos en las mesas de salud, debido a que en el mismo espacio se revisaron las cuatro localidades pertenecientes a la localidad y a su vez las prioridades por dimensión y por momento de curso de vida.

La información fue validada en estos grupos y además se solicitó a los asistentes semaforizar cada criterio del método Hanlon, de tal forma que el color correspondiera a la siguiente valoración y así poder jerarquizar las prioridades:

Tabla 1. Valoración de criterios método Hanlon, según color asignado por cada participante de los grupos funcionales, Subred Sur Occidente E.S.E. 2018

MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD
Mucha población: 10	grave: 10	Difícil: 1	No factible: 1
Media población: 8	No tan grave: 5	Medio: 2	medio factible: 3
Poca población: 4	No grave: 1	Fácil: 3	Muy factible: 5

Cada participante semaforizó de acuerdo a su experiencia y conocimiento las prioridades por momento de curso de vida, asignando un color a cada criterio, luego en un ejercicio logarítmico se ubicó de mayor a menor las prioridades por momento de curso de vida. Este ejercicio, no sólo permitió validar la información por dimensión PDSP, sino que también permitió realizar grupos focales para identificar, determinantes y análisis de la respuesta de acuerdo a las problemáticas.

Grupos funcionales

Para la primera mesa de análisis se hizo una sesión con los grupos funcionales por momento de curso de vida en simultánea, de tal forma que se pudiera con la metodología Hanlon jerarquizar las prioridades para cada momento de curso de vida y por localidad.

En el grupo funcional de infancia de la Subred se analizaron los momentos de curso de vida primera infancia e infancia, por cada una de las dimensiones y cada una de las localidades. Luego de que el equipo Accvsye expusiera los hallazgos en la matriz de alistamiento, la afectación en territorios magnitud y gravedad, cada asistente procedió a semaforizar los criterios expuestos en la metodología, de acuerdo a la localidad y dimensión del PDSP que tenía conocimiento.

A medida que se exponían las prioridades de una dimensión por momento de curso de vida, se procedía a calificar de acuerdo a los criterios de la Hanlon, en simultánea se sistematizaba la información para saber cuál era la jerarquización para cada momento de curso de vida. En este ejercicio fue fundamental el aporte epidemiológico, puesto que el comportamiento de los indicadores, la morbilidad y la mortalidad fueron necesarios para que los participantes pudieran valorar cada una de las prioridades, a su vez, la representación geográfica del problema, muestra un panorama general del comportamiento de los eventos tanto en la Subred como en las particularidades de cada localidad.

Esta mesa, permitió validar las problemáticas, para cada momento de curso de vida, así mismo, se reconocieron aspectos de las prioridades que no se habían tenido en cuenta, la mesa estuvo de acuerdo con las prioridades planteadas y para no sesgar el ejercicio, se solicitó a los participantes, sólo calificar lo que conocían. Este fue el resultado de la jerarquización para primera infancia e infancia:

Tabla 2. Resultados método Hanlon, prioridades primera infancia, Bosa, 2018

PRIMERA INFANCIA	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Infección por sífilis	9	8	2	3	125
Enfermedad diarreica aguda	10	10	2	3	120
Poca adherencia a lactancia materna exclusiva	9	6	2	4	117
Problemas en salud oral	10	10	2	3	117
Contaminación del aire	9	3	2	4	112
Discapacidad	9	10	2	3	107
Abuso sexual	10	9	2	3	94
Enfermedades Inmunoprevenibles (sarampión, tosferina, difteria, varicela)	9	10	2	2	76
Inadecuada tenencia de mascotas	9	6	2	3	72
Violencia intrafamiliar	10	9	1	2	45
Inadecuado manejo de basuras	10	9	1	1	22
Infección respiratoria aguda	10	9	1	1	22

Fuente: Equipo Accvsye, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Bosa, 2018

Para este momento de curso de vida, no hay prioridades para la dimensión salud y ámbito laboral, esto debido a que no se detectan casos de trabajo infantil, por lo tanto, no es una prioridad para la localidad.

Debido al comportamiento al aumento del indicador de la sífilis congénita, su relevancia en la afiliación puesto que en la mayoría de casos es subsidiada, la necesidad del tratamiento en pareja y su posible asociación al fenómeno de migración venezolana y sus asentamientos en la localidad, se hace necesario priorizar la sífilis congénita, se espera en el cuarto apartado integrar las demás prioridades si dan a lugar, de tal forma que se pueda comprender las dinámicas que subyacen en la localidad y los factores de riesgo que pueden generar eventos en salud en los menores de cinco años.

Ahora bien, los resultados para infancia fueron los siguientes:

Tabla 3. Resultados método Hanlon, prioridades infancia, Bosa, 2018

INFANCIA	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Sobrepeso y obesidad	10	8	2	4	143
Problemas en salud oral	10	10	2	3	137
Malformación congénita	9	7	2	4	104
Inadecuado manejo de basuras	8	8	2	3	98
Inadecuada tenencia de mascotas	6	3	2	4	95
Discapacidad	10	10	2	2	80
Enfermedades Inmunoprevenibles (sarampión, tosferina, difteria, varicela)	9	7	1	3	54
Contaminación del aire	9	8	2	1	39
Trabajo Infantil	9	10	1	1	24
Abuso sexual	10	10	1	1	20
Cáncer	8	10	1	1	18

Fuente: Equipo Accvsye, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Bosa, 2018

Para el caso de infancia la prioridad a analizar en profundidad es sobrepeso y obesidad, a pesar que hay prioridades como abuso sexual, discapacidad, trabajo infantil, problemas en salud oral, que tienen valoraciones altas en su magnitud y severidad, los asistentes al analizar la capacidad de respuesta, dieron mayor peso al sobrepeso y obesidad por tener una acción inmediata y poderse integrar con las demás prioridades.

En el grupo funcional de juventud de la Subred, se analizaron los momentos de curso de vida adolescencia y juventud, por cada una de las dimensiones y cada una de las localidades. Luego que el equipo Accvsye expusiera los hallazgos en la matriz de alistamiento, la afectación en territorios magnitud y gravedad, cada asistente procedió a semaforizar los criterios expuestos en la metodología, de acuerdo a la localidad y dimensión del PDSP que tenía conocimiento, primero se exponían las prioridades de la dimensión por momento de curso de vida, luego se procedía a valorar los criterios.

Para esta sesión se presentaron inconvenientes debido a que el espacio del grupo sólo es de cuatro horas, en los que se habían asignado dos para realizar la sesión de la mesa uno, sin embargo, por ser los momentos de curso de vida que más prioridades tienen y al analizarlo a su vez por localidad, el ejercicio se hizo más denso. Aun así, se logró el ejercicio con un agregado y es que, por el número reducido de asistentes, se pudo profundizar en los determinantes de las prioridades para estos momentos de curso de vida.

Tabla 4. Resultados método Hanlon, prioridades Adolescencia, Bosa, 2018

ADOLESCENCIA	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Consumo de SPA	10	9	2	3	111
Violencia de género	9	7	2	3	110
Problemas de salud oral	10	7	2	3	105
Abuso sexual	10	10	2	3	101
Inadecuado manejo de basuras	10	10	2	3	101
Cáncer	9	6	2	3	100
Fecundidad en adolescentes	10	9	2	3	98
Bajo peso gestacional	9	9	2	3	96
Enfermedades Inmunoprevenibles (sarampión, tosferina, difteria, varicela)	10	7	2	3	95
Conducta suicida	8	10	2	3	94
Sobrepeso y obesidad	9	7	2	4	92
Trabajo adolescente protegido	10	7	2	3	87
Contaminación del aire	10	7	2	2	77
Inadecuada tenencia de mascotas	9	7	2	2	67

Fuente: Equipo Accvsye, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Bosa, 2018

Para el momento de curso de vida adolescencia puntuaron prioridades de la dimensión convivencia social y salud mental. Al analizar los determinantes el consumo de SPA puede llegar a ser consecuencia o causa de las demás prioridades, incluso puede estar determinado por las mismas, por lo que se decide priorizarlo.

Tabla 5. Resultados método Hanlon, prioridades Juventud, Bosa, 2018

JUVENTUD	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Violencia de género	10	9	2	3	129
Conducta Suicida	9	10	2	3	117
Sobrepeso y obesidad	10	7	2	3	102
Bajo peso gestacional	10	8	2	3	100
enfermedades zoonóticas	9	7	2	3	98
Inadecuado manejo de basuras	10	9	2	3	94
Problemas en salud oral	10	5	2	3	92
Consumo de SPA	10	10	1	3	86
Trabajo informal	10	7	2	3	86
Violencia social	9	7	2	3	78
Morbilidad materna extrema	9	9	2	3	74
Infección por sífilis	9	9	2	2	74
Contaminación del aire	10	7	2	2	68
Inadecuada tenencia de mascotas	9	7	2	2	67
Mortalidad materna	10	9	1	2	63

Fuente: Equipo Accvsye, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Bosa, 2018

En juventud quedaron de primeras, las prioridades violencia de género, conducta suicida y sobrepeso y obesidad, es de aclarar que para todas las prioridades la violencia de género incluye tanto la violencia contra la mujer como la violencia a población LGBTI, para el caso de Bosa, estas problemáticas que se enmarcan en la dimensión social del PASE, tienen una carga

importante ya que desencadenan otros eventos en salud, incluso pueden ser factores en sí mismas y las cifras que se reportan frente a la Subred y el Distrito son de especial de interés por la tendencia al aumento.

En el grupo funcional adultez, se tuvo un espacio de dos horas, tiempo en el que se pudo realizar tanto la puntuación por criterio de la Hanlon, como el análisis de determinantes, a pesar de que estos espacios deben contar con la asistencia de un representante por cada equipo de salud, la asistencia en adultez sigue siendo mínima. Los resultados de la jerarquización fueron:

Tabla 6. Resultados método Hanlon, prioridades Adultez, Bosa, 2018

ADULTEZ	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Condiciones crónicas	8	5	2	5	143
sobrepeso y obesidad	9	7	2	3	99
Morbilidad materna extrema	10	9	2	3	96
Infección por sífilis	9	8	2	3	88
Enfermedades por mycobacterias	10	8	2	2	86
Inadecuado manejo de basuras	8	8	2	3	70
Enfermedades zoonóticas	10	7	2	2	65
Contaminación del aire	8	9	2	2	62
Discapacidad	9	8	2	2	59
Inadecuada tenencia de mascotas	9	5	2	2	56
Trabajo informal	10	8	2	2	55
Violencia de género	10	10	1	2	55
Exceso de peso gestacional	10	9	2	2	47
Problemas de salud oral	10	8	1	2	37
Violencia social	10	8	1	1	35
Violencia intrafamiliar	10	10	1	1	24

Fuente: Equipo Accvsye, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Bosa, 2018

La población adulta de Bosa tiene la mayor proporción de personas con un 34,9%, además por ser una localidad limítrofe de la ciudad con posibilidades de expansión urbana favorece el crecimiento de proyectos de vivienda de interés social, lo cual aumenta la población y a su vez, la condensa en zonas con mayor vulnerabilidad debido a que su estratificación económica es 1 y 2 en su mayoría. El ingreso es un determinante importante para que las personas accedan a las necesidades básicas, entre estas, a una buena alimentación, por lo que se consideró priorizar las condiciones crónicas, debido a que es una prioridad que subyace en los estilos de vida de las personas y puede generar discapacidad, incluso la muerte si no se trata a tiempo, además los datos muestran un considerable número de casos en esta población.

En el grupo funcional de vejez, debido a que es el momento de curso de vida con menos prioridades, se pudo realizar un ejercicio mucho más específico por cada prioridad. La discapacidad, condiciones crónicas, violencia intrafamiliar y sobrepeso y la obesidad fueron las prioridades que puntuaron para vejez, debido a que, en la localidad, se llega a este momento de curso de vida y al ser una etapa frágil, los adultos mayores pueden generar

discapacidad y una de sus principales causas son las condiciones crónicas priorizada para adultez.

Tabla 7. Resultados método Hanlon, prioridades Vejez, Bosa, 2018

VEJEZ	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Discapacidad	82	43	28	23	436
Condiciones crónicas	80	65	11	14	419
Violencia intrafamiliar	86	90	12	22	337
Sobrepeso y obesidad	100	76	12	20	329
Problemas en salud oral	90	85	10	11	275
Enfermedades por mycobacterias	110	90	12	16	258
Inadecuada tenencia de mascotas	100	105	14	23	210
Contaminación del aire	80	80	12	19	38
Inadecuado manejo de basuras	90	60	9	12	30

Fuente: Equipo Accvsye, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Bosa, 2018

Es importante tener en cuenta que la dinámica poblacional tiende al envejecimiento, por lo que se hace necesario las acciones en los anteriores momentos de curso de vida, para poder contrarrestar estas prioridades en la vejez.

En general, para ningún momento de curso de vida se identificaron prioridades en la dimensión del PDSP Salud pública emergencias y desastres, debido a que la localidad a pesar de tener las rondas del Río Tunjuelo, y Bogotá, sólo el 5% de su territorio se encuentra en riesgo alto, hay un 40% de riesgo medio correspondiente a las posibles inundaciones en su mayor parte por el desbordamiento del Río Bogotá. Respecto al riesgo tecnológico, el potencial de amenaza muestra los siguientes resultados: incendio representa el 32%, derrames el 30%, explosiones el 20% y fugas el 18%, concentrado su mayor parte en la UPZ 49 Apogeo. El riesgo sísmico es bajo.

Para efectos del análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad, se escogió la primera prioridad por momento de curso de vida de tal forma que las demás prioridades se pudieran integrar ya sean como causas o consecuencias de la prioridad por momento de curso de vida.

Segunda mesa de análisis

En el mes de agosto y septiembre se realizaron mesas de trabajo con los grupos funcionales, los equipos técnicos y espacios locales como el comité local de SAN, UAT de Bosa, recorrido territorial afro en Bosa, entre otros. En estos espacios se buscaba principalmente hallar esas

relaciones posibles entre las dimensiones del PDSP, los determinantes sociales para la salud y las acciones que se estaban haciendo para dichas prioridades.

La primera sesión se realizó con los equipos técnicos en los que se identificaron relaciones entre dimensiones y acciones que dieran cumplimiento tanto al Plan Territorial de Salud como al Plan Distrital de Desarrollo, como el tiempo para el ejercicio es limitado, para el desarrollo de este ejercicio se participó en dos sesiones, la del mes de agosto y la de septiembre. Estos fueron los resultados:

Equipo técnico de Gestión en Salud Ambiental (Gesa)

En la primera sesión se presentó la información contenida en la matriz de alistamiento que sustentaba la prioridad en cuanto a la afectación del territorio, la magnitud y la severidad, con el fin de poderla validar y así a través de un grupo focal se pudiera dar respuesta a tres preguntas:

- ¿Cuáles son los factores ambientales: físicos, químicos, biológicos, psicosociales que afectan la salud de la población?
- ¿Cuáles son las acciones e intervenciones actuales?
- ¿Cuáles pueden ser posibles propuestas desde la identificación de acciones que no existen, pero deberían llevarse a cabo para impactar la prioridad?

El equipo técnico consideró pertinentes las prioridades para la localidad, sin embargo, se cree necesario para Bosa incluir inadecuadas condiciones de la vivienda, por lo que se acepta la sugerencia.

Frente a la discusión entre los participantes, se evidencia que en los factores ambientales la principal problemática es la cantidad de calles sin pavimentar, lo cual genera enfermedades respiratorias, focos de basura y zonas inseguras. El tráfico pesado y mixto genera contaminación atmosférica, visual y auditiva.

La acumulación de basuras por la aglomeración de población recicladora, especialmente en los barrios Manzanares, San José, San Bernardino y El Jardín que no cuenta con alcantarillado, lo que aumenta el riesgo a padecer enfermedades. A esto se suma las inadecuadas condiciones de la vivienda, puesto que en su mayoría presentan humedad, cerca de la ronda del río se evidencian casas artesanales, hay proliferación de vectores, poca iluminación y ventilación, sumado a un alto porcentaje de hacinamiento.

Frente a la inadecuada tenencia de mascotas se evidenció en el recorrido afro en Bosa casos en los que personas conservan en sus viviendas hasta cincuenta perros en condiciones insalubres, tanto para las personas como para los perros, esto genera molestia en los vecinos,

puesto que el ruido, como los olores, así como las agresiones de los caninos, ponen en riesgo la salud de los habitantes, estos eventos aislados se identifican en barrios como el Remanso y San Bernardino.

En los HCB, las madres comunitarias no comprenden la importancia de los problemas ambientales y la relación con las enfermedades para que realicen IEC con los padres y con los niños, además que se evidencia poca adherencia a la normatividad frente al cuidado de los alimentos.

Las intervenciones que se realizan para la problemática de inadecuadas condiciones de la vivienda son: desde el espacio vivienda se intervienen las viviendas priorizadas, desde el espacio público se hacen intervenciones orientadas a promover un modelo de ciudad sostenible desde el enfoque de barrios promotores en Danubio azul I y II, desde Vigilancia Comunitaria se hace identificación y canalización de riesgos mitigables en zonas priorizadas y caracterizadas por vigilancia comunitaria.

Respecto a la contaminación del aire, en algunas empresas se realiza monitoreo y seguimiento a las emisiones, se hace generación de cobertura verde en muros, actividades de divulgación del Iboca, a través de la IEC en todos los espacios de vida cotidiana, se hace operación distrital de la calidad del aire alertas tempranas con el monitoreo de los puntos fijos y se hacen actividades para recomendar el uso de elementos de protección, ventilación natural en las viviendas para la recirculación del aire. La Secretaria Distrital de Ambiente hace control de emisiones de fuentes fijas y móviles y el IDU hace mantenimiento malla vial.

Las intervenciones que se realizan para la inadecuada tenencia de mascotas son canalización de situaciones irregulares al Idpyba, fortalecimiento de IEC brindada al ciudadano, promoción de jornadas de vacunación, esterilización, de identificación e implante de microchip, de adopción, se cuenta con el escuadrón anticrueldad, voluntariados, parques para mascotas, además la Alcaldía de Bosa tiene el programa estratégico “Ponte en sus patas”, con el cual se disminuye todo tipo de maltrato animal, se brinda atención medica veterinaria, además se realizan circuitos educativos sobre la tenencia responsable de animales de compañía, normatividad ambiental, salud animal y se efectúan procedimientos quirúrgicos de esterilización para hembras y machos de la especie canina y felina priorizando animal de calle.

Para el inadecuado manejo de residuos se hace promoción de servicios en el marco del nuevo esquema de recolección desde el distrito, se hace sensibilización para la separación de residuos peligrosos en la fuente y disposición final, desde el IVC, se hace control de diferentes líneas en manejo de residuos peligrosos y convencionales y se hacen acciones de IEC enfocadas en la promoción de la gestión de residuos y la implementación de programas posconsumo. Estas acciones no son efectivas puesto que se queda limitado su accionar cuando no hay voluntad ni empoderamiento comunitario que surge por la inexistencia de

sentido de pertenencia y falta de cultura, aunque es fundamental resaltar los esfuerzos concretos realizados por parte de las entidades desde un enfoque resolutivo, sin embargo, hace falta articulación con otras entidades del estado y participación ciudadana.

También se intervienen puntos críticos desde el enfoque de barrios promotores de la salud urbana en el caso de Bosa en el barrio Danubio azul y se hace articulación entre el espacio público y gobernanza con empresas de aseo y la Uaesp frente a la recuperación de espacios públicos.

Equipo técnico de Salud Mental

En el equipo técnico de salud mental se contó con una asistencia de 40 psicólogos, igual que los demás equipos técnicos se validó la información de las prioridades por cada momento de curso de vida y luego de exponer cada prioridad de la dimensión de salud mental y convivencia social, se procedió a identificar los determinantes de las problemáticas, así como la respuesta desde el sector salud.

En este equipo en particular, las prioridades se contienen entre sí, por ejemplo, la violencia intrafamiliar puede llevar a conductas suicidas, violencias de género, consumo de SPA, o el consumo de SPA puede llevar a las demás prioridades. Además, las intervenciones de estas prioridades tienen que ser articuladas con todos los sectores, por lo que es necesario desde infancia evaluar las acciones y estrategias que mitiguen las afectaciones de estas prioridades en los siguientes momentos de curso de vida siguiente.

La violencia intrafamiliar es una prioridad que trasciende todo el curso de vida de la población de Bosa, esta prioridad está presente en la mayoría de casos de consumo de spa, conducta suicida y violencia de género, se caracteriza por tener débiles redes de apoyo y comunicación, se agudiza por la situación económica y el consumo de spa, muchas veces en esta violencia intrafamiliar se desarrolla la violencia de género.

Bosa es la segunda localidad que más reporta casos de víctimas del conflicto armado y en las atenciones psicosociales se evidencia que estas personas experimentan violencia intrafamiliar, ya sea por las dinámicas propias del hogar o por situaciones que vienen experimentando desde su desplazamiento.

Es importante analizar el hecho de que Bosa sea una de las localidades que más reporta casos de abuso sexual, puesto que el análisis de casos conlleva por lo general a evidenciar que el agresor es cercano al menor y termina siendo la pareja de la madre del menor. Por la situación económica, las madres se ven obligadas a dejar a los menores en cuidado de terceros, factor que los hace vulnerables a cualquier abuso sexual, además en Bosa se presenta una tasa de fecundidad en adolescentes considerable, factor del riesgo para el cuidado del menor.

Luego de realizar el equipo focal para identificar determinantes, se realizó un ejercicio con cada prioridad de tal forma que cada psicólogo pudiera colocar en tres papeles de diferente color, las respuestas que conocía del sector salud para cada prioridad de la dimensión, las respuestas de otros sectores y las respuestas que se estaban dando y ya no se dan, pero son necesarias o las que se deberían hacer y no han existido.

La violencia de género y la violencia social, son consecuencia de la violencia intrafamiliar, los bajos niveles de educación, la no cultura ciudadana, la intolerancia, el consumo de SPA, conlleva al maltrato y a la violencia como vía para resolver los problemas, si bien es cierto este tipo de violencias se desarrollan en la juventud y la adultez, en todo el curso de vida hay factores fundamentales en la familia que pueden predisponer a las personas a este tipo de violencias. Los hombres por su rol de protector y proveedor están expuestos a la violencia social, por su parte, son las mujeres en su mayoría las víctimas de la violencia de género.

En la violencia intrafamiliar se analizan las violencias emocionales, físicas, sexuales, económicas y negligencia o maltrato, en este sentido, en la vejez, se evidencia la violencia por negligencia o maltrato puesto que en Bosa, localidad en su mayoría estrato 2 (87%), las condiciones laborales de las personas no permiten tener en la vejez un sustento pensional, lo que implica que el sustento económico recaiga en los familiares, a su vez dependiendo de su condición de salud, se requiere de un cuidador tiempo completo, que no es remunerado por lo que la problemática se agudiza optando por dejar en abandono o negligencia a las personas mayores.

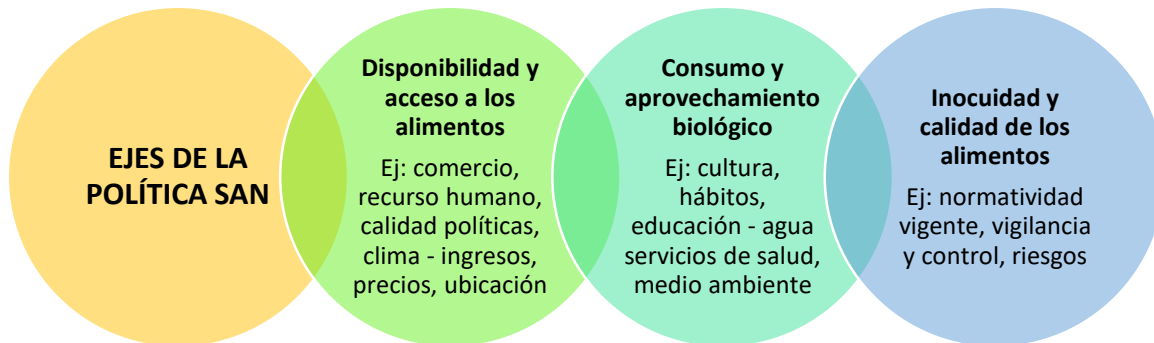
Como principales hallazgos se evidenció la desinformación de otros sectores en las rutas de atención a estas prioridades, la necesidad de volver a implementar estrategias como el CAMAD y familias fuertes con mayor cobertura, así como ángeles guardianes, el plan 40 x 40 en los colegios, la importancia de articular los procesos PIC-POS con el fin de orientar al usuario de forma correcta. Proponen además que se implementen hospitales día para niños y adultos y se dé mayor cobertura a las estrategias que se manejan en los espacios de vida cotidiana para estas prioridades, tales como El SOJU, los centros de acogida, sintonizarte en los colegios, siendo ésta última la de mayor incidencia ya que reúne a la mayor población de infancia y adolescencia por lo que no se deberían priorizar los cursos, sino hacer tomas generales de los colegios.

Equipo técnico de Seguridad Alimentaria y nutricional

El en grupo técnico de SAN se planteó el ejercicio de prioridades en relación a las metas del PDD por localidad dando importancia a la dimensión seguridad alimentaria y nutricional que, si bien busca garantizar el derecho a la sana y completa alimentación de las personas durante los momentos de curso de vida con equidad, comprende llevar a cabo acciones de prevención, seguimiento y control de riesgos como la malnutrición, el sobrepeso y obesidad, desnutrición

crónica, aguda, incluyendo el análisis y seguimiento de los indicadores que apuntan al cumplimiento de las metas de acuerdo a necesidades y particularidades poblacionales identificadas en la localidad; para esto se dio el uso a tarjetas de colores en las que plasmaron lo siguiente: ejes de la política pública (color amarillo), las acciones actuales identificadas (color rosado), propuestas de mejora (color azul).

Figura 1. Ejes de la política SAN, Subred Sur Occidente E.S.E.



Fuente: Elaboración equipo Accvsye

Respecto a la disponibilidad y acceso a alimentos, Bosa no cuenta con plaza de mercado pública ni privada, la disponibilidad de alimentos orgánicos es baja, sin embargo, sus vías de acceso son buenas y rápidas y se encuentra junto a la central de abastos más grande del país, por ser la localidad en su mayoría estrato 2, la disponibilidad de recursos para acceder a una alimentación balanceada es baja.

Frente al consumo y aprovechamiento se evidencian inadecuados hábitos alimentarios donde en promedio se consume una porción de verdura a la semana, bajo consumo de fruta, especialmente en menores de 17 años y adulto mayores, en algunos casos esta alimentación es remplazada por comida procesada o alimentación hipercalórica.

Desde el eje de la inocuidad y calidad de los alimentos, no se cuenta con alimentos agroecológicos disponibles para la comunidad, poca adherencia a los hábitos alimentarios saludables como lo es el consumo de verdura y fruta, muchas veces refieren este bajo consumo, al ingreso que no permite acceder a este tipo de alimentos de forma constante, al indagar sobre el aprovechamiento de los alimentos, una de las barreras para no consumir verduras es no saberlas preparar.

Las acciones que se realizan desde las madres gestantes en el acceso a los controles prenatales y nutricionales, desde Sisvan se hace IEC de bajo peso para gestantes y activación de ruta, desde Gobernanza se hace gestión intersectorial para apoyar la alimentación cuando hay condiciones que no permitan acceder a los alimentos y este en riesgo la integridad humana

y la salud. Desde juventud en el espacio público se implementa la estrategia Cuídate sé feliz, se realizan IEC alimentaria y nutricional para mejorar hábitos alimentarios y actividad física, para adultos se canalizan las personas que están con sobrepeso y obesidad, además, los que se captan con problemas de glicemia.

Las binas (dos profesionales) que trabajan en terreno en el espacio vivienda cuando identifican alguna gestante en situación que amerite visita de SAN, se canaliza para que obtenga una visita por la nutricionista en la que socializa recomendaciones ya que es muy difícil que las gestantes reciban una atención de SAN desde las EAPB o IPS, también se hace seguimiento para tener en cuenta si acataron las recomendaciones.

Para la población adulta mayor, se realizan ejercicios de actividad física desde el IDRD, se realizan huertas urbanas con apoyo del jardín botánico y se hacen ferias de servicios de salud, con el objetivo de brindar información sobre hábitos alimentarios a las personas.

Desde el SDIS, se ofrecen jardines infantiles donde se proporciona el 70% del valor calórico total que requieren los niños y niñas menores de cinco años, comedores comunitarios, bonos canjeables en supermercado una vez al mes, bonos canjeables en supermercados para personas en condición de discapacidad una vez al mes, canasta rural, afro, indígena una vez al mes en las que se tienen en cuenta las preferencias culturales alimentarias de la población y está el programa creciendo en familia donde se hace IEC sobre seguridad alimentaria y nutricional, recreación, visita casa a casa y grupos comunitarios.

Como dificultades en las acciones se identifican las siguientes:

Sisvan no está hecho para bajar indicadores, aun cuando se observen acciones de su parte, una recomendación clara es que SDS priorice y fortalezca acciones dirigidas a adolescentes y jóvenes de prevención, factores de riesgo del embarazo, y a las gestantes y adultos evaluar cómo evitar el bajo peso al nacer, antes de que nazca el hijo para bajar el indicador. Se ha evidenciado que el sector salud carece de talento humano para cumplir con las metas y en especial para atender todas las necesidades.

Espacio vivienda no es un servicio de promoción ni prevención, ni urgencias, pero para muchos casos terminan siéndolo, puesto que SDS prioriza los casos solo con desnutrición severa, los cuales deberían estar hospitalizados, cuando se llega al hogar el menor ya se encuentra en desnutrición moderada, lo mínimo es que por su estado de salud debió haber pasado por la clínica, sin embargo, se recurre a las EAPB o al sistema subsidiado al hospital para hallar citas y que estos niños no mueran en la casa, también para conseguir un tratamiento, hacer seguimiento y vigilancia como las nutricionistas clínicas, desvirtuado el enfoque de la nutricionista en el espacio vivienda.

A las gestantes las quitaron del lineamiento, pero igual se remiten porque los otros compañeros no cuentan con la competencia para intervenir esos casos, las EAPB o IPS públicas o privadas no dan prioridad a las gestantes con sobrepeso y obesidad, no las asocian con prevalencia de enfermedades como la diabetes gestacional, diabetes mellitus, preclamsia e inclusive con mortalidad materna, para esto es importante fortalecer acciones de prevención y promoción más que en tratamiento.

Se propone desde el equipo técnico SAN realizar acuerdos distritales con profesionales de la salud para fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y evitar el consumo de bebidas lácteas, en la adolescencia se propone intervenciones garantizadas a la población que no está escolarizada, desde juventud y adultez se propone fortalecer la oferta institucional, sobre todo del IDR, de salud, SDIS, entre otros, en vejez se debería tener en cuenta la clasificación nutricional de los alimentos para no sobrestimar las indicaciones nutricionales.

Equipo técnico de Salud Oral

Para el análisis con el grupo técnico de salud oral, se realizaron grupos de trabajo en el que desarrollaron las siguientes preguntas:

- ¿Cómo enfocan las acciones de manera más específica hacia la población para el cumplimiento de la meta?
- Inequidades en salud oral por curso de vida para mejorar
- El PDSP aborda 4 enfoques múltiples (Salud como derecho, DSS, diferencial y poblacional). Analice, por qué no todos se han beneficiado de estos avances

Luego, en una segunda sesión en agosto, se realizó la relación de la prioridad de salud oral con las demás dimensiones del PDSP, así como evaluar la respuesta a la luz del Plan Territorial de Salud, en cuanto a qué se hace, si es efectivo o no, a quien va dirigida la acción y que se propone para mejorar la intervención.

La primera infancia es el curso de vida más importante especialmente por los efectos para el desarrollo humano en aspectos individuales y colectivos como la autonomía, la socialización, lo afectivo, la personalidad y en el marco dimensional como las condiciones psicológica, económica, social, política o cultural que atraviesan esta etapa de la vida.

De acuerdo con lo proporcionado por los profesionales de la salud oral dentro de las mesas de análisis, se tuvo en cuenta el abordaje de los determinantes sociales, los seis eventos que atraviesan los cursos de vida de la localidad, las acciones e intervenciones y finalmente las propuestas como iniciativas para mejorar y aportar a los avances en estos eventos.

Antes de las barreras de acceso a la salud oral, existen malos hábitos, entre los que se encuentran los alimentarios como el uso inadecuado del biberón en la primera infancia, en este ciclo en cuanto a barreras de acceso, se tiene que la oferta al plan de beneficios se plantea para acceso al servicio de salud a partir de los dos años, sin embargo, al revisar la ENSAB se evidencia la aparición de caries en bebés de 7 y 8 meses, es decir que se está accediendo de forma tardía a los servicios de salud oral. En cuanto a servicios de odontopediatría solo se cuenta en la USS Fontibón (adscrita a la Subred a la cual pertenece Bosa) y las barreras para acceder son grandes, desde los desplazamientos, las agendas, los tiempos. Del mismo modo, hay deficiencias en cuanto al talento humano, tanto del perfil odontológico como de otros especialistas en problemas de la salud oral (exodoncia - periodoncia - endodoncia).

La academia no incide en la articulación de conocimientos e interacción entre áreas para el fortalecimiento de la salud pública, ésta se convierte en una materia de relleno, obviando la necesidad de su abordaje, por lo que contribuye a que el posicionamiento de la salud oral sea débil. No hay adherencia a la información de la prevención de problemas bucales por parte de profesionales de otras áreas de la salud como la pediatría, la medicina general y la enfermería para que realicen canalización y prestar el servicio de salud oral, que se traduce a la insensibilidad frente a la importancia de prevenir o promover procesos de implementación en aras de mejorar la salud de las personas, canalizando desde cualquier servicio que preste.

Existen creencias, mitos e imaginarios por parte de los padres o comunidad que consideran que los primeros dientes llamados de leche no se deben cuidar porque se van a caer y no es importante realizar una recuperación o intervención, aun en ocasiones en donde los niños y niñas menores de 6 años presentan caries cavitacional en varios dientes. Entonces es importante implementar acciones basadas en IEC dirigidas a niños, niñas, docentes, madres comunitarias y familias, también itinerancia en espacio público para sensibilizar y concienciar en pro de mejorar la salud oral de la población.

En la adolescencia y la juventud aparecen factores de riesgo como es el consumo de sustancias psicoactivas, el alcohol, el uso del piercing y a pesar de esto, se asiste a la consulta odontológica por fines estéticos ya sea por el uso de carilla estética o de brackets, porque crece el interés al cuidado bucal en cuanto está relacionado a la autoestima, las relaciones interpersonales, la estética y no a la salud y enfermedad, no obstante, desde la infancia nunca ha existido una formación ni en el hogar, ni en la escuela, que incluya la salud oral como prioridad, por tanto, siempre se desconocen los riesgos frente a la relación de la salud oral con otras enfermedades y con otros problemas sociales o culturales; en mujeres gestantes no hay adherencia al cuidado bucal cuando no hay redes de apoyo que les permita acatar la importancia del autocuidado. Como estrategia se conciencia a través de talleres en el espacio educativo, en vivienda se relaciona con el acceso al campo laboral para que se inicie el cuidado bucal.

En la adultez se disminuye el interés de cuidado para mantener la dentadura sana, completa, ya no es tan relevante la autoestima, ni la presentación personal en algunos casos. Es así que aumentan los riesgos frente a problemas de la salud como los gastrointestinales, cardiovasculares y la diabetes, también los profesionales de la salud consideran que desde la academia no se hacen visibles las acciones de salud pública y que esta área no posee valoración. Como estrategia es importante concienciar a la población a través de charlas intensivas de los riesgos y relación con otras enfermedades haciendo énfasis en factores protectores como las redes de apoyo, la alimentación saludable, buenos hábitos de vida cotidiana.

Las personas mayores a razón de la pérdida de las unidades dentales optan por resignarse a esto, o en última instancia si hay posibilidades económicas al uso de caja dental. Cuando ya no hay dientes consideran que la higiene oral ya finalizó cuando es importante continuar de manera habitual al aseo personal que incluye el de la boca. Se realiza IEC en los distintos espacios de vida cotidiana.

De manera transversal la situación frente a la salud oral en la localidad acaece a partir de problemas sociales, económicos y políticos en los que configura determinantes como la calidad en la atención, teniendo en cuenta que los problemas bucales son prevalentes no hay procesos de prevención desde la etapa inicial de la vida y se acude al servicio para realizar higiene oral, quitar dientes o poner calzas, más no para la prevención y control, se evidencia también la desarticulación de la red privada con los procesos de la red pública especialmente en la estrategia de IEC; el estilo de vida en relación a los hábitos alimentarios higiénicos, el uso del cepillo dental, la seda, crema y enjuague bucal.

Otro determinante es la biología humana, ya que, de acuerdo a la capacidad de absorción de nutrientes, se puede ver afectada la salud oral, la neutralización de ataques de ácidos de la saliva, el nivel del ph y la generación de placa bacteriana y caries, entre otros, son factores de riesgo. Así mismo, las personas tienen diferencias en la estructura de los tejidos y la resistencia frente a enfermedades o infecciones.

Entre las acciones que se realizan desde el sector salud se hace canalización a los servicios de salud oral, se hace clasificación de necesidades de atención para identificar alteraciones en salud oral e índice de placa bacteriana, sensibilización a los usuarios frente a la asistencia de consultas por control, se capacita a los diferentes colaboradores de la Subred y comunidad respecto a imaginarios sobre la salud oral y barreras de acceso, se hace socialización de rutas sectoriales y transectoriales, se hace valoración y seguimiento.

Como dificultades se evidencia una mínima oferta de servicios de odontopediatría que no da respuesta a la alta demanda de los pacientes, así mismo la cobertura para prevención y

promoción de la salud es muy baja para la población existente lo que aumenta el riesgo de presentar enfermedades orales, tampoco se hacen intervención a población joven y adulta.

Se propone hacer un diagnóstico de salud oral en especial de la caries en la localidad, ojalá por UPZ, de tal forma que se pueda contar con información para analizar y orientar las intervenciones, adicionalmente se deben crear estrategias que aumenten los servicios y la intervención de salud oral e IEC en las UPZ más afectadas.

El fortalecimiento de servicios dentro de los CAPS y PAPS, y el aumento de profesionales del área de la salud oral con el fin de abastecer la demanda, la articulación con asistencial que se ha solicitado en distintos momentos y no se ha dado, al igual que con otros sectores como el ICBF, SDIS, IDRD, Idpac, y los que sean necesarios en los que se realicen acciones con comunidad para mitigar riesgos con las EAPB, que los motive a proporcionar educación y ejercicios de promoción y prevención, inclusive lograr realizar caracterizaciones para interrelacionar aspectos y factores; por último, concretar una Mesa Distrital de Salud Oral que articule la SDS para llevar las propuestas y se vea el impacto de lo que se hace o falta por hacer en la localidad.

Equipo técnico de Discapacidad

En el grupo técnico de discapacidad se validó la información contenida en la matriz de alistamiento y luego se procedió a identificar las posibles relaciones de la prioridad de discapacidad en todos los momentos de curso de vida, con las demás dimensiones del PDSP, teniendo en cuenta las particularidades de la localidad. A continuación, se muestran los principales hallazgos.

Al hacer una relación entre las demás prioridades de las dimensiones del PDSP, se encuentra en la dimensión ambiental que las personas con discapacidad o diagnóstico de EPOC tienen un gran riesgo de empeorar su patología al estar expuestos a sitios como Estación-Protabaco. San Bernardino - El toche. Danubio, donde se encuentran puntos de reciclaje, al no llevarse un debido control de vacunación y aseo de las mascotas, las personas con discapacidad están expuestas a enfermedades. Los excrementos de las mascotas que no son debidamente manejados, pueden ser pisados por las personas con discapacidad visual generando molestias en muchos sentidos. Además, el inadecuado manejo de basuras, los olores, la invasión del espacio público, generan barreras de acceso a vías públicas a las personas con discapacidad que requieren de alguna ayuda técnica para trasladarse.

Respecto a la dimensión convivencia social y salud mental se evidencia que cuando la persona con discapacidad es adulto mayor se puede presentar negligencia, violencia intrafamiliar, ya que la persona no aporta económicamente, a su vez, las mujeres con discapacidad cognitiva y mental son expuestas en su mayoría al maltrato tanto físico como verbal. Los cuidadores

presentas conductas de depresión, desesperanza, cansancio, estrés, cuando llevan mucho tiempo al cuidado de la persona con discapacidad.

Las personas con discapacidad cognitiva y mental tienen un mayor riesgo de caer en el expendio de drogas y dar inicio al consumo de SPA. Algunas personas adquirieron la discapacidad por el consumo de sustancias psicoactivas, esto ha sido evidenciado en las visitas de RBC.

En la dimensión de sexualidad, se evidencia un desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, se piensa que por tener discapacidad las personas no ejercen su sexualidad, por tanto, en los cuidadores este tema se omite y las entidades tampoco asesoran a las familias al respecto. Además, se vulneran los derechos de la maternidad por medio de interdictos y de la realización de la ligadura de trompas. En los adolescentes y jóvenes, al estar en proceso de interdicción, se vulnera el derecho a ejercer una sexualidad y la toma de decisiones.

En la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional, no se garantiza los suplementos nutricionales que requieren algunas personas con discapacidad, esto se debe a las condiciones económicas de la familia, la falta de recursos económicos hace que la familia no pueda adquirir los alimentos que la persona con discapacidad requiere. Algunas familias optan por consumir alimentos de fácil acceso que no aportan nutricionalmente, en esta población y sus cuidadores no se tiene una conciencia sobre la importancia de una alimentación saludable y la prevención de una malnutrición, las personas con discapacidad pueden tener defensas bajas por sus hábitos alimentarios, por lo que son más vulnerables a contraer enfermedades.

En la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, la salud oral se ve afectada debido a que las EPS se demoran en la prestación del servicio y encuentran al solicitarlo una barrera de acceso en la tramitología, por lo que se desiste del control por parte de odontología. Hay personas con condición de discapacidad que adquieren otro tipo de enfermedades o que en la adultez o vejez adquieren una discapacidad a causa de las enfermedades crónicas, ya sea porque no se trató a tiempo, porque no se lleva control sobre la enfermedad, sobre todo en personas con diabetes que pueden tener afectaciones en la visión o en las extremidades inferiores, esto debido a los estilos de vida, donde no se incluye actividad física y no se llevó una alimentación balanceada.

Por último, en la dimensión de salud y ámbito laboral, las personas con discapacidad buscan el trabajo informal como medio de subsistencia, ya que encuentran barreras de acceso para ingresar a la formalidad, muchas veces estos trabajos son mal remunerados o con ingresos mínimos por lo que no cuentan con seguridad social, lo que se traduce en un no cuidado de la salud. Entre las actividades que se desarrollan en la localidad esta la venta de tintos, la venta ambulante en los semáforos de toallas, bolsas o accesorios para carro y venta ambulante en la vía pública de alimentos, entre otras.

Equipo técnico de Trabajo

Se realizó la presentación de indicadores en salud relacionados con las Unidades de Trabajo Informal, una vez realizado el contexto de la dimensión de salud y ámbito laboral en la localidad se procedió al conversatorio para determinar relaciones de las prioridades de la dimensión con las demás dimensiones del PDSP.

Respecto a la dimensión de salud ambiental el Sivistra se encuentra haciendo la caracterización de lo que son agentes químicos, se ha encontrado que la contaminación de aire es bastante alta, las personas parece que no son muy conscientes de cómo prevenir o minimizar los riesgos y, por lo contrario, las personas están en su oficio, ya sea en carpintería, salones de belleza, mecánica, pintura, pero no son conscientes de la exposición a enfermedades a causa de su oficio.

En cuanto al manejo de basuras hay mala disposición de los residuos en las unidades de trabajo informal, por ejemplo, la disposición del aceite, escombros en los lugares que no son indicados, en las peluquerías las cuchillas las depositan en residuos comunes y no hacen una correcta separación de estos desechos en residuos peligrosos, por lo que se exponen a contraer enfermedades cuando manipulan los desechos para su disposición final. También se identifica inadecuada tenencia de mascotas, en las personas recicladoras.

Bosa es priorizada e la política de salud ambiental por su exposición al ruido, factor que influye en la salud de los trabajadores dado que ellos no se encuentran sensibilizados frente a la protección auditiva. Entonces, además de estar expuestos a contaminación química por sus trabajos, también el factor de ruido aumenta más su riesgo de afectación.

En cuanto a la Seguridad alimentaria y nutricional se observa poca adherencia a la lactancia, bajo o exceso de peso gestacional y sobrepeso y obesidad, se ha identificado en la población que trabaja en la informalidad que sus hábitos alimentarios son un factor de riesgo para la salud, puesto que el contenido proteico calórico de lo que consumen no es el adecuado, además lo hacen a destiempo, según el trabajo lo permita, no se realiza lavado de manos antes de comer y la disposición de estos residuos, tampoco es la adecuada, afectando así su entorno en el que trabaja.

Dentro de la ficha de caracterización se utiliza un límite de circunferencia abdominal tanto para hombres como para mujeres, en esta medida se evidencia que la mayoría cuenta con un riesgo alto de padecer una enfermedad cardiovascular, como la diabetes o personas que ya están diagnosticadas. También se han encontrado personas con sobrepeso y ahora se está implementando un decálogo en todas las unidades de trabajo informal, en donde se fomenten las prácticas saludables que incluyen la reducción del consumo de sal y azúcar, la actividad

física, la asistencia a los centros de salud, de tal forma que, finalizando el proceso, se haga una evaluación de qué trabajadores mejoraron las prácticas saludables.

En la dimensión convivencia social y salud mental, se observa la violencia social basada en el reconocimiento. “Aquí reciclo yo y aquí me quedo”, si estos territorios no se respetan de acuerdo a los límites simbólicos impuestos por las dinámicas de la calle, se genera violencia entre quienes disputan por un lugar para poder ejercer su oficio.

En general, los trabajadores informales manifiestan estrés económico, debido a que un día sin trabajo o sin ganancias, es un día en el que no pueden tener para la alimentación, transporte o habitación. Las jornadas largas de trabajo expone a los trabajadores no solo a afectaciones en su salud física, sino que afecta también su salud mental, disminuyendo sus habilidades para reaccionar ante cualquier circunstancia, incluso al mantener un nivel de estrés importante, puede llegar a tener reacciones contra su familia al llegar al hogar.

Respecto a la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, en los recicladores se evidencia inadecuados hábitos de higiene oral, por lo que ya han perdido piezas dentales y por falta de recursos económicos y asistencia médica, no cuentan con prótesis, esto a su vez genera problemas en su alimentación puesto que ya no pueden hacerlo. Cuando se asiste a consulta el personal médico tampoco encuentra necesario remitir a los usuarios a consulta por odontología, ni se sensibiliza sobre la importancia de la higiene oral, además al consultar al médico, el solo hecho de asistir ya le requiere tiempo a las personas, tiempo que se traduce en disminución de ganancias, por lo que optan por no ir. Las demoras en las citas, así como las barreras de acceso al servicio hacen que las personas desistan de los controles y tratamientos para la salud oral.

Por otro lado, en la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles, la tuberculosis y enfermedades respiratorias agudas se pueden dar con mayor facilidad en los lugares de reciclaje en donde confluyen agentes contaminantes del ambiente que exponen a las personas a estas enfermedades y a transmitirlas.

Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional

En el comité se presentaron las prioridades de la localidad con el objetivo de poder hacer un conversatorio con los participantes acerca de las acciones que se hacen desde cada sector y los posibles determinantes identificados en el ejercicio de sus funciones con la comunidad.

En seguridad alimentaria y nutricional para la localidad se priorizó para primera infancia poca adherencia a la lactancia materna exclusiva, para infancia sobrepeso y obesidad, para adolescencia bajo peso gestacional, para juventud sobrepeso y obesidad, adultez exceso de peso gestacional, sobrepeso y obesidad y para vejez sobrepeso y obesidad. Esta priorización

está dada por la información contenida en el Sisvan, desnutrición no se priorizó ya que la localidad, comparada con el Distrito, no es una localidad crítica.

Luego se dio paso al conversatorio de tal forma que se pudiera relacionar la dimensión SAN con las demás dimensiones del PDSP, para la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles se evidencia que eventos como la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda se presentan en la mayoría de los casos porque el menor no tuvo o no tiene lactancia materna exclusiva, lo que lo hace mas vulnerable al tener bajas defensas. El uso de sucedáneos y las prácticas inadecuadas de elaboración y manipulación de estos, hace que el menor no reciba los nutrientes necesarios para combatir enfermedades.

En el caso de la tuberculosis siempre está asociada a un estado de déficit de nutrientes, por lo general se presenta en personas habitantes de calle o en adulto mayor en abandono, en el caso de las enfermedades inmunoprevenibles, aunque el factor principal es la vacunación, si un menor no tuvo lactancia exclusiva las posibilidades de generar sobrepeso y obesidad son mayores y a su vez puede adquirir cualquier enfermedad transmisible, si un menor tiene un bajo peso al nacer los esquemas de vacunación se retrasan exponiéndolo aún más a contraer cualquier enfermedad y se pueda agravar por el bajo peso.

Una madre gestante que tenga bajo peso gestacional o exceso de peso gestacional puede generar preclamsia u otro tipo de complicaciones durante la gestación que involucran la salud del menor, en el caso del bajo peso gestacional se puede sufrir un parto prematuro, incluso la posibilidad de un aborto, también genera retraso en el desarrollo del feto y un bajo peso al nacer. En el caso del exceso de peso gestacional puede llevar a diabetes gestacional, hipertensión, tromboembolismo, entre otros, que ponen en riesgo la vida de la madre y de menor, se presentan también problemas circulatorios como las varices, así mismo el bebé puede generar más adelante obesidad, diabetes, osteoporosis y otros problemas de tipo neurológico.

Respecto a las enfermedades zoonóticas es importante el manejo que se le da a las mascotas dentro de la vivienda, ya que se trata de humanizar a los animales domésticos, pero hay ciertas enfermedades que se transfieren y si se duerme con los animales, se esta exponiendo a los menores a contraer enfermedades, además es importante en las mascotas tener todo el esquema de vacunación y la higiene constante para evitar cualquier ambiente insalubre.

Para la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, los embarazos en adolescentes por lo general no son planeados, por ende, las prácticas de lactancia materna exclusiva no se realizan de la forma en que se debiera, además el acceso a los alimentos es fundamental pues se adquieren responsabilidades a corta edad y el ingreso no permite acceder a los alimentos y menos de calidad. Al estar en un proceso de crecimiento y desarrollo, las adolescentes al ser madres deben contar con una alimentación adecuada, pero en la mayoría de casos no se da.

Algunas malformaciones congénitas no permiten al menor digerir alimentos, lo que afecta su peso y complica su salud, una madre con peso gestacional puede desarrollar en el feto malformaciones. Cuando se analiza la mortalidad materna o la morbilidad materna extrema se evidencia que un factor para que se den estos eventos es el peso de la gestante y los controles prenatales.

La sífilis es una enfermedad de la cual no se ha creado conciencia, no se tiene conocimiento de qué es, qué la causa ni las consecuencias si no se trata a tiempo, por su estado latente puede pasar desapercibida y si llega a ser congénita el menor puede verse seriamente afectado, se puede dar mortalidad perinatal, amenaza de aborto, malformaciones congénitas, complicaciones para el recién nacido, en este sentido es necesario que se haga un esfuerzo mayor por prevenir la enfermedad y diagnosticar a tiempo para su posterior tratamiento, sobre todo en la inclusión la pareja para este proceso.

Para la dimensión de salud y ámbito laboral se evidencia una estrecha relación de hábitos alimentarios inadecuados con la informalidad ya que no tienen horarios definidos para comer, no se tienen prácticas como el lavado de manos, la actividad física, se opta por alimentación de fácil acceso como las comidas procesadas o con alto contenido calórico, además, las mujeres lactantes que trabajan en la informalidad no tienen licencia de maternidad por lo que limita la práctica de la lactancia.

Para la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles tanto los problemas en salud oral, como las condiciones crónicas van ligados a los hábitos de vida de las personas, al no tener la cultura del cuidado, de la higiene oral, la alimentación saludable y la actividad física, se empieza a ver problemas como los contemplados en esta dimensión. El uso prolongado del biberón y de chupos en los menores, genera deterioro en las piezas dentales, al usar sucedáneos a temprana edad, posteriormente la persona puede generar sobrepeso y obesidad y al no controlarse puede terminar en una condición crónica como la diabetes.

El adulto mayor puede presentar déficit de nutrientes debido a que ha perdido piezas dentales que no le permiten procesar bien los alimentos, este estado nutricional puede empeorar si se llega a este momento de curso de vida con una condición crónica.

Respecto a la dimensión de salud ambiental, el manejo de los residuos en las viviendas, muchas veces contamina los alimentos, no se hace separación de residuos orgánicos y no orgánicos, si se hiciera y además se contará con una mini huerta se podría reutilizar esos residuos orgánicos permitiendo consumir alimentos más sanos.

Por último, se analizó la dimensión salud mental y convivencia social y se identificó que las personas que consumen SPA, reemplazan alimentos por este consumo, lo que deteriora la salud, sobre todo de jóvenes, los niños que sufren violencia intrafamiliar están más expuestos

a carecer de nutrientes, así mismo, cuando no se planea un embarazo, no se tiene la conciencia de las necesidades de un menor, entre las que esta la alimentación saludable.

En el comité se sugiere que la nutrición no sea vista desde la anatomía, sino con la relevancia que debe tener, pues el sistema digestivo es un segundo sistema nervioso que hace actuar el sistema de hormonas conforme a las necesidades del metabolismo, si se tienen problemas emocionales, familiares, económicos, esta carga mental se somatiza en el sistema digestivo, por eso se habla del colon irritable, de la gastritis, por eso es necesario comprender al ser humano en su complejidad y esas relaciones directas de las vivencias con la siquis y el aparato digestivo.

Unidad de Asistencia Técnica local

Por ser un espacio interlocal, se hizo necesaria la presentación del equipo Accvsye su función en la Subred, el objetivo del documento de análisis, el proceso de priorización, la justificación de la misma y la información disponible de las problemáticas que se priorizaron para la localidad por momento de curso de vida por cada dimensión del PDSP.

Para esto el equipo de análisis empleó una presentación en diapositivas, luego a través de grupo focal se dirigió un ejercicio para la identificación, el reconocimiento y socialización de la oferta institucional correspondiente a cada sector involucrado en la UAT con el fin de conocerlas y generar propuestas de respuesta ante las necesidades priorizadas.

En el marco de las metas del PDD para cada prioridad, los representantes de los distintos sectores identificaron su accionar actual en relación a las siguientes prioridades:

Dimensión salud y ámbito laboral

- Se tiene la agencia pública de empleo en la cual el ciudadano puede realizar la ruta de empleabilidad, Secretaria de Desarrollo Económico (SDDE)
- Se cuenta con rutas de empleo con enfoque diferencial (afro, indígena, mujer, discapacidad, etc.)
- Se puede llevar la ruta de empleabilidad a nivel local con el fin de acercarse a la ciudadanía
- Existe disponibilidad para la ruta de emprendimiento, esto que incentiva la realización o ejecución de proyectos, ideas de negocio, microempresas y todas aquellas formas independientes de generar empleo o estabilidad económica
- Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, capacitación y fortalecimiento de habilidades para generar microempresa
- Apoyo económico a través de proyectos productivos

Dimensión convivencia social y salud mental

Violencia Intrafamiliar

- Subred Sur Occidente: activación de ruta a través de la referencia de política pública de mujer y equidad de género
- CIO: activación de ruta para violencias de género, línea púrpura, estrategia enlace SOFIA, atención psicosocial y jurídica, pedagogía y talleres de formación (manualidades y participación ciudadana)
- Alcaldía proyecto 1244/2017 Bosa feliz desde la gestación hasta la adolescencia – promoción del buen trato
- IDPAC – CIO, articulación en cuanto a estrategias de IEC dirigidos a la comunidad y funcionarios en definición de las tipologías de las violencias, barreras de acceso y rutas de atención
- Asesoría socio-jurídica y psicosocial – CIO
- Campañas vive la diversidad, en las que prevalece cero tolerancias a cualquier tipo de violencia puesto que nada la debe justificar

Violencia Social

- Alcaldía local: instalación carreras de seguridad
- Entornos escolares seguros
- Proyecto de sensibilización y formación en cultura ciudadana y convivencia
- Operativos de inspección y vigilancia y control del espacio público
- Contrato 163/2014 diplomado en participación ciudadana y control social
- Movilidad: sensibilización y formación en temas de seguridad vial, convivencia y corresponsabilidad en el entorno
- Ambiente: educación en cuidado y protección animal
- Educación: IEC permanente en relación con la convivencia y entornos seguros, campañas escolares barriales

Habitantes de calle

- Mesa de habitante de calle donde se desarrollan jornadas de desarrollo personal, identificación y caracterización de puntos críticos, estrategia Los Ángeles Azules

Consumo de SPA

- SDIS: feria de servicios orientados a la capacitación e inmersión al mercado laboral
- Sena: capacitación y formación
- Idartes: acceso a programas de arte y cultura a través de programas concertados
- SDIS: casa de la juventud genera acciones culturales dirigidas a personas de los momentos de curso de vida infancia, adolescencia y juventud

Abuso sexual

- CIO: plantón mensual de concienciación y sensibilización “ni un niño, ni una niña, ni una mujer más violado (a) en Bosa
- Subred Sur Occidente: activación de ruta
- ICBF: atención psicosocial y jurídica, activación de ruta
- Policía: acompañamiento a proceso de judicialización

Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Fecundidad en adolescentes

- SDIS: programa de prevención maternidad y paternidad temprana, estrategia “entre pares”, cuatro ferias anuales de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos – adolescentes y jóvenes
- IDIPRON: calles alternativas – procesos territoriales de prevención en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, proyecto de vida, desarrollo personal, atención psicosocial, habilidades para la vida, mitigación consumo problemático de SPA, incidencia psicosocial y sociocultural a consumo inicial, formación para el trabajo, programas educativos

Dimensión seguridad alimentaria y nutricional

poca adherencia a la lactancia materna exclusiva

- Subred Sur Occidente: Jornadas de lactancia materna con los proyectos de infancia, banco de leche materna
- Educación: ICBF - HCB, SDIS – jardines infantiles promoción de la lactancia materna

Bajo peso gestacional

- Articulación de la Subred Sur Occidente con SDIS con programas como “creciendo en familia”
- SDIS: comedores comunitarios

Sobrepeso y obesidad

- Subred Sur Occidente: programa “Cuídate Sé Feliz” valoración sobrepeso y obesidad, toma de glucometría, orientación y sensibilización con respecto a hábitos saludables de vida

Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles

Discapacidad

- Subred Sur Occidente: atención preferencial, acciones itinerantes frente a servicios de salud dirigidas a esta población
- SDIS: programa por una ciudad más incluyente y sin barreras
- Movilidad: mejoramiento vial y de accesibilidad universal, recuperación de espacio público

Consejo Local de Discapacidad

Se inicia un conversatorio a partir de la pregunta: ¿cómo cree que se relaciona una prioridad y/o dimensión de salud con otras, teniendo en cuenta causas y consecuencias? a lo que respondieron:

La dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos en el espacio educativo y familiar, porque no existe una formación a las familias y un manejo adecuado sobre este tema a la persona con discapacidad a los jóvenes, adolescentes e infancia frente a esta dimensión. Hay un caso en el que expulsaron a un niño autista porque es agresivo, levanta las faldas, manosea a las niñas. Y no encontraron un manejo adecuado, incluyente e integral para el joven sino optaron por lo más fácil. Esto genera más problemáticas de salud para él y su familia. En el caso de la convivencia social y salud mental, se presenta la violencia intrafamiliar ya que no existe atención hacia el menor y al sentirse aislado puede ser vulnerable ante el consumo de SPA.

Frente a la misma dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, la relacionan con la convivencia social y salud mental, ya que las mujeres con discapacidad física, se les dificulta el aseo personal por la asistencia al baño, por tanto requieren mayor cuidado, por eso el uso de las sondas, muchas mujeres usan la misma sonda por mucho tiempo por falta de recursos y esto genera infecciones urinarias y otras en la piel, mal olor, que conduce a su vez a la baja autoestima y a la depresión. Es una necesidad y un derecho por lo que las instituciones deben proveer estas sondas de manera gratuita.

Dentro de la dimensión convivencia social y salud mental, y la prioridad de consumo de SPA, se relaciona con la prioridad discapacidad, ya que dentro de las instituciones educativas el consumo de SPA de algunos estudiantes ha conllevado a que a las docentes de apoyo remitan esos casos como estudiantes con discapacidad mental por consumo de SPA, porque esto les afecta el cerebro, lo físico y lo psíquico. A su vez obliga a los docentes a descuidar otros procesos con los demás estudiantes porque no hay profesionales ni enlaces interinstitucionales para adjudicar esos casos que se deben priorizar.

De otro lado, hay un caso de un estudiante con discapacidad mental que solicito desescolarización porque no se pudo adaptar ya que presenta dificultad en el aprendizaje y no se cuenta con los recursos humanos (profesionales con métodos pedagógicos diversos e incluyentes) además se altera y en la familia tampoco hay medios económicos, ni habilidades o capacidades que puedan ayudar a superar esas barreras y el sector salud ha dicho que es en casa que deben educarlo y criarlo bien. Lo están medicando, pero no avanza. Por eso la importancia y necesidad de articular sector salud y educación para afrontar juntos estos casos y darles solución.

Se relaciona la prioridad condiciones inadecuadas de la vivienda con enfermedades por mycobacterias, con enfermedades zoonóticas en la medida que, si hay un entorno familiar con insalubridad por tenencia inadecuada de animales, manejo inadecuado de residuos sólidos, genera lixiviados, olores agresivos, reproducción de plagas y humedad, lo que produce infecciones respiratorias agudas o tuberculosis. Todo esto impacta de acuerdo con el tipo de discapacidad, entonces se puede hacer más grave y también si se trata del curso de vida primera infancia, infancia o adulto mayor. Por último, surge una relación de lo anterior con las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional, cuando la persona en condición de discapacidad se alimenta adecuadamente su salud mejora y evita las enfermedades, por el contrario, si es mala o regular, recae en sus posibilidades de tener buena salud y aumentan los factores de riesgo para adquirir una de las anteriores enfermedades u otras como el sobrepeso, la obesidad o el bajo peso, la anemia, etc.

El logro de identificar los tipos de discapacidad según la política pública, además de las aristas que conlleva cada una de las discapacidades reduciría brechas y se avanzaría en materia de inclusión. Si embargo, falta mucho, pero se sigue trabajando desde todos los espacios de participación. Es importante que el análisis se haga de manera particular por cada discapacidad sin generalizar ni acciones ni intervenciones por parte de las instituciones y de salud entendiendo que esto es un primer acercamiento.

Tercera mesa de análisis

La tercera mesa de análisis consistió en concluir los análisis y proyectar las conclusiones y recomendaciones, se realizaron tres sesiones en el mes de noviembre, la primera con el componente uno de Gobernanza en el que se socializaban los principales hallazgos de las prioridades para la localidad y a partir de allí se generaban recomendaciones y alternativas de solución, la segunda sesión se realizó con los grupos funcionales, donde se replicó el ejercicio hecho en el componente uno y se recogieron los resultados en una matriz. La tercera sesión se realizó con el equipo Accvsye, en esta se procuró decantar las recomendaciones hechas por el componente uno y los grupos funcionales, de tal forma que las recomendaciones pudieran dar respuestas que integraran otras prioridades. En el mes de diciembre se prevén cuatro mesas, la primera de nuevo con el componente uno de gobernanza, la segunda con los

equipos técnicos, la tercera con el equipo base y la última con el comité de salud pública, todas con el fin de validando las recomendaciones de tal forma que se pueda orientar las acciones ya sea al mejoramiento de la respuesta o la implementación de una acción.

Momento tres: divulgación

Luego de la consecución del momento uno y dos, en el que se da como resultado tanto las prioridades por momento de curso de vida y dimensiones del PDSP, como el análisis de determinantes, la respuesta y las recomendaciones frente a cada prioridad, el tercer momento construyó una nota política como resultado sintético de los análisis hechos en los primeros momentos, con el fin de ofrecer un insumo a la concertación de la agenda local del componente uno de Gobernanza con otros sectores en donde se pueda incidir en la toma de decisiones.

4. ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES, CALIDAD DE VIDA SALUD Y ENFERMEDAD

Bosa es la localidad número siete del Distrito Capital de Bogotá fue un importante poblado indígena en la época pre colonial. Está localizada al sur occidente de la ciudad y limita por el norte con la localidad de Kennedy; por el sur con la localidad de Ciudad Bolívar y el municipio de Soacha; por el oriente con las localidades de Kennedy y Ciudad Bolívar, y por el occidente con el municipio de Mosquera.

La superficie total de Bosa es de 2.393,3 hectáreas (ha), su extensión corresponde a un 1,5% del total del territorio del Distrito. Para el año 2017, Bosa tiene 731.047 habitantes (51,3% son mujeres y 48,7% son hombres), que aportan el 9% de la población del Distrito y una densidad poblacional de 305,5 hab/ha, muy superior a la de Ciudad (49,4 hab/ha).

La localidad se encuentra dividida administrativamente en cinco UPZ: la UPZ 49 Apogeo, ubicada al oriente de la localidad, de tipo residencial consolidado, con una superficie de 211 ha. (8,8% del total local), es la menos extensa y la menos poblada con 56.246 habitantes (7,7% de la población local). La UPZ 84 Bosa Occidental localizada en la parte centro norte de Bosa, de tipo residencial de urbanización incompleta, tiene una extensión de 430 ha. (18%) y una población de 223.493 habitantes (30,6%). La UPZ 85 Bosa Central está ubicada en la zona centro sur de la localidad, de tipo residencial de urbanización incompleta, es la más extensa, con un total de 715 ha. (29,9%) y cuenta con 286.334 habitantes (39,2%). La UPZ 86 El Porvenir, localizada al noroccidente de Bosa, de tipo en desarrollo, tiene una extensión de 461 ha. (19,3%) y una población de 87.977 habitantes (12%). Finalmente, la UPZ 87 Tintal Sur, de tipo en desarrollo está ubicada en la parte suroccidental de la localidad de Bosa, tiene 577 ha. de extensión (24,1%) y una población de 76.997 habitantes (10,5%).

Bosa se ubica en la periferia sur de la ciudad, y presenta un territorio plano formado por depósitos aluviales del río Bogotá y el río Tunjuelo; la cuenca del Tunjuelo ha sido receptora de los usos que generan un mayor impacto ambiental: el relleno sanitario, la explotación minera en ladera y en el valle aluvial. Esta zona se constituye en la zona de mayor exclusión de la ciudad y explicativa de las condiciones de segregación socio espacial. La parte occidental, correspondiente a la zona plana y parte baja de la cuenca del río Tunjuelo, presenta un amplio desarrollo y crecimiento en la localidad de Bosa, con amenazas sobre el humedal de Tibanica.

A continuación, se describe el resultado del análisis de contenido realizado en el momento de alistamiento, así como el resultado de las mesas por prioridad priorizada, de tal forma que se logre integrar los análisis cuantitativos, cualitativos y geográficos con cada momento de curso de vida, a la luz de las dimensiones del PDSP.

Análisis por momento del curso de vida

Para el análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad se identificaron prioridades por momento del curso de vida y dimensión del Plan Decenal de Salud Pública, no obstante, en la localidad de Bosa para la dimensión de salud ambiental, las prioridades identificadas son transversales a todo el curso de vida, por lo que se describirá esta dimensión inicialmente y luego, se realizará la descripción por cada momento del curso de vida y las demás dimensiones.

Dimensión Salud Ambiental

Para esta dimensión se identificaron inicialmente tres prioridades en la localidad: inadecuado manejo de basuras, contaminación del aire e inadecuada tenencia de mascotas, sin embargo, durante el desarrollo de la primera mesa de análisis con el equipo técnico de salud ambiental de la Subred Sur Occidente, se decide incluir la prioridad de inadecuadas condiciones de la vivienda, por lo que se realizará el análisis de estas cuatro prioridades.

Inadecuado manejo de residuos

En los principales conflictos ambientales que afectan la salud de la población de Bosa se ha priorizado el manejo inadecuado de residuos sólidos. En la localidad habita población recicladora de materiales como papel, cartón y plástico; esta población ejerce sus actividades de manera informal, generando impactos ambientales como vertimientos de residuos líquidos sin tratamiento, inadecuada disposición de residuos sólidos (generalmente a cielo abierto en las rondas de los ríos o en áreas cercanas a canales y vallados), emisiones de gases (en el caso de aglutinadoras) lo que conlleva al detrimento de la calidad ambiental local. Este problema también afecta los cuerpos de agua de la localidad, por ejemplo, el río Tunjuelo presenta a nivel general un deterioro y pérdida de la cobertura vegetal nativa en el área, por la disposición de residuos y escombros (5). Este arrojo de basuras en ríos y canales o la disposición inadecuada en las vías públicas, puede generar además, la obstrucción tanto de estos como de las redes de alcantarillado, que en los periodos de lluvias, provoca inundaciones que pueden ocasionar la pérdida de bienes materiales y, lo que es más grave aún, de vidas humanas.

De acuerdo al recorrido que se realizó con la comunidad afro en el barrio Villa Ema se evidenció que los barrios más afectados por el problema socio-ambiental de disposición de residuos y escombros, especialmente sobre la ronda del río Tunjuelo, son: San Bernardino- el remanso, Nuevo Chile, Palestina, Manzanares, El Jardín, José Antonio Galán, la Paz y San José I y II. Esto sin duda los convierte en sectores vulnerables pues la disposición de este tipo de residuos ocasiona la formación de puntos críticos de forma gradual, ya que se convierten en lugares de acumulación de residuos domiciliarios, ocasionando deterioro paisajístico, inseguridad en la

zona, olores ofensivos y la proliferación de vectores y roedores, portadores de microorganismos y pueden transmitir enfermedades, desde simples diarreas hasta otras dolencias de mayor gravedad. Igualmente, en la Quebrada de la Tibanica, se presenta el vertimiento de residuos líquidos, disposición inadecuada de residuos sólidos de toda clase, olores, y vectores (insectos y roedores) (5).

En cuanto a las intervenciones realizadas frente a esta problemática, se realiza desde la Subred Sur Occidente la gestión intersectorial para el abordaje de puntos críticos, por parte del componente de Gobernanza, así como el desarrollo de jornadas y campañas; desde Vigilancia en Salud Pública Comunitaria se realiza la notificación de eventos a través de unidades informadoras y se realizan acciones de información, educación y comunicación por espacio público y vivienda.

Por otro lado, en el marco de la Comisión Ambiental Local, Consejo Local de Gestión de Riesgo y Mesa Ambiental Local se han realizado acciones de cambio paisajístico con la comunidad e instituciones en puntos críticos de arrojo de residuos. Desde la Secretaría Distrital de Ambiente se brinda asesoría técnica en temas relacionados con la gestión integral de residuos en la ciudad, cartilla lecciones para una vida en armonía, cómo manejar los residuos sólidos. La Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (UAESP) brinda apoyo a organizaciones de recuperadores de oficio, gestión para la implementación de rutas selectivas y el operador de aseo local Ciudad Limpia, realiza recolección, barrido, limpieza, así como acciones sociales y relaciones con la comunidad.

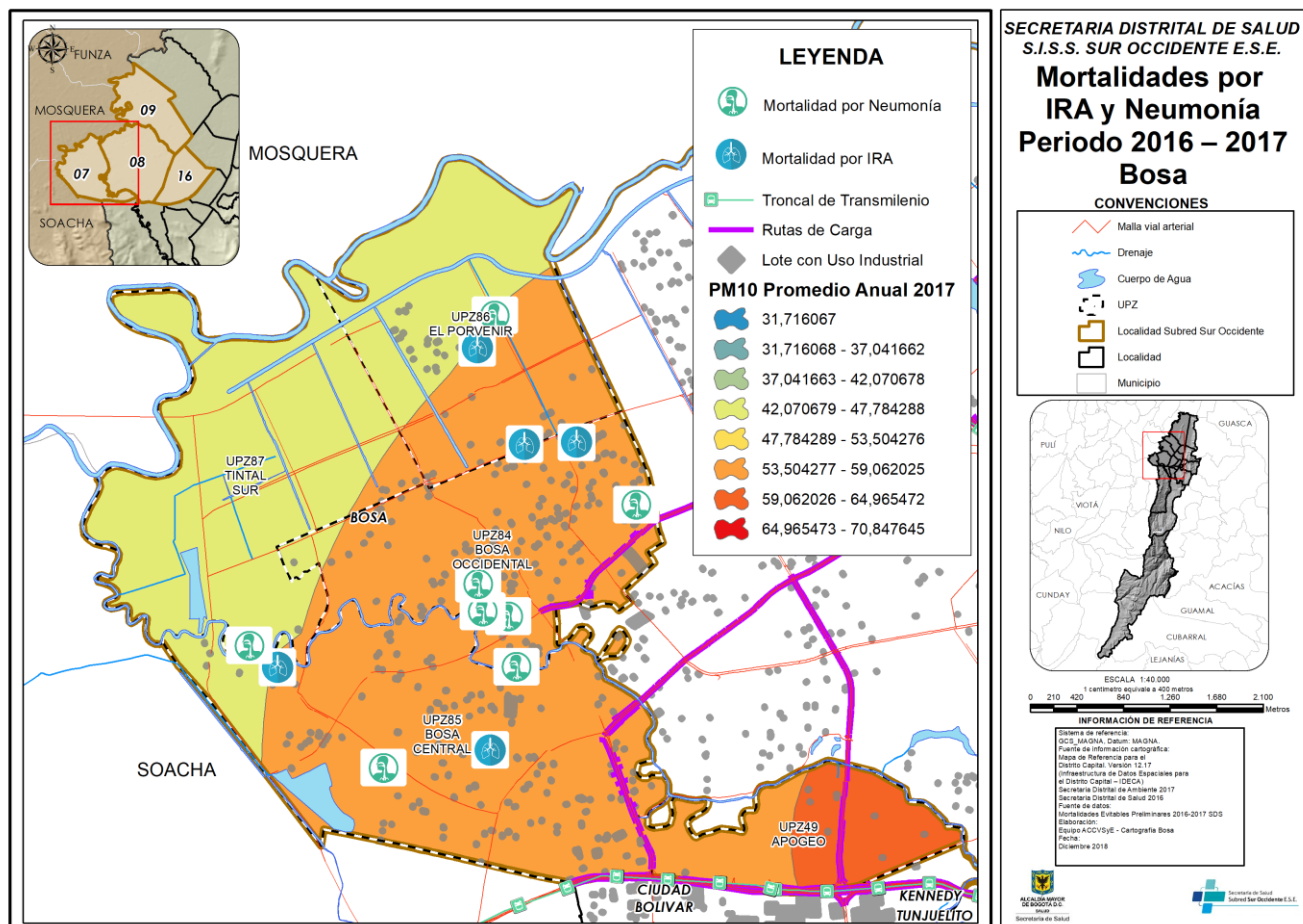
Contaminación del aire

Una de las problemáticas más sentidas es la relacionada con la calidad del aire que respira la comunidad de Bosa. Según el comportamiento de los vientos se registra un mayor transporte de contaminantes hacia la localidad proveniente del resto de la ciudad (Comisión Ambiental Local Bosa, 2015) (5).

Otro de los factores que influye en la problemática son los gases generados por la pintura proveniente de las actividades desarrolladas en talleres de latonería, ubicados sobre la Avenida Dagoberto Mejía, y las emisiones de fuentes fijas de las industrias distribuidas desordenadamente en el territorio local especialmente en la zona de expansión urbana (UPZ Tintal Sur). Por otra parte, 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 contaminación, no solo a nivel de humo sino también de olores ofensivos (5). Otro determinante de la salud de la contaminación atmosférica es la ausencia notable de especies arbóreas que provean de condiciones favorables del paisaje y así mismo reduzcan la incidencia y dispersión de los contaminantes (5).

De acuerdo al informe de calidad del aire, para el año 2016, parte de Bosa, la mayor parte de la localidad de Kennedy y Ciudad Bolívar tienen el rango más alto de concentración de $PM_{2.5}$ (que incluyen todo tipo de combustiones, incendios forestales, y algunos procesos industriales), entre 31 y $35 \mu g/m^3$, en cuanto al PM_{10} , cuyas fuentes de emisión pueden ser móviles y fijas procedentes de procesos mecánicos, como obras de construcción y resuspensión del polvo en vías, se encuentra que igualmente, la mayor parte de las localidades de Kennedy y Bosa tienen el rango más alto de concentración (entre 57 y $76 \mu g/m^3$) (6). El efecto de esta contaminación se presenta en el sentido que estudios han mostrado que en la población de niños, los contaminantes ambientales incluyendo el ozono, (O_3), dióxido de nitrógeno (NO_2) y las partículas respirables menores a $10 \mu m$ de diámetro (PM_{10}) contribuyen a la ocurrencia de síntomas respiratorios, cambios en la función pulmonar, aumento en las infecciones respiratorias e incremento en las consultas de urgencia, hospitalizaciones y mortalidad por exacerbación de enfermedades respiratorias, fluctuaciones en la prevalencia de uso del broncodilatador, tos, reducción de la función pulmonar. Así mismo, se ha evidenciado el efecto de la contaminación del aire en el ausentismo escolar medido éste como impacto del efecto adverso de la contaminación del aire (Gilliland FD, 2001) (7).

Mapa 1. Concentración de PM_{10} promedio, localidad de Bosa 2017



Dentro de la oferta disponible, por parte de salud pública de la Subred Sur Occidente se desarrolla desde el espacio público el componente *Cuídate Sé Feliz* donde se socializa el Índice Bogotano de Calidad del Aire (IBOCA) y se promueve la reducción del consumo de tabaco, se realiza monitoreo y vigilancia en eventos relacionados con salud ambiental desde la línea de calidad del aire del componente de Vigilancia en Salud Pública, así como visitas de inspección, vigilancia y control a establecimientos.

Por otro lado, desde la Red de Monitoreo de Calidad del Aire se realizan operativos en calidad del aire y seguimiento a fuentes fijas de generación por contaminación de aire y ruido. Por parte de la Unidad de Mantenimiento Vial del IDU se realiza mantenimiento a las vías de la localidad se realiza arborización en el espacio público por parte de la Empresa de Acueducto de Bogotá y el Jardín Botánico.

Inadecuada tenencia de mascotas

La alcaldía local de Bosa en conjunto con las comunidades que conforman diferentes espacios de participación y concertación de políticas públicas locales, han venido identificando como uno de los mayores problemas de la localidad la presencia de numerosos animales de compañía que deambulan sin control por los diferentes espacios públicos. Estos animales se encuentran en mal estado de salud debido a condiciones de abandono, o cuidadores irresponsables, que no dan adecuado manejo a los animales. Por tal razón es frecuente encontrar especialmente caninos y felinos en condición de calle enfermos, desnutridos, y con signos de maltrato físico trayendo consigo afectaciones a la salud de los animales y afectaciones a la salud pública por riesgo de transmisión de enfermedades Zoonóticas (5).

La presencia de animal en condición de calle ha sido detectada a lo largo y ancho de las cinco UPZ de Bosa y es la práctica que mayor maltrato genera a los animales ya que el abandono está asociado con, malnutrición, enfermedades, reproducción sin control, presencia de excretas y afectaciones a la fauna silvestre. El abandono se presenta por diferentes causas, las principales son: por cambio de domicilio del tenedor, reproducción no controlada en el caso de las hembras, incapacidad económica del tenedor, perdida del potencial reproductor de hembras, machos de razas con valor económico, enfermedades de alto costo y perdida fortuita del animal de compañía (5).

Frente a las presencia de animales ferales y semi ferales se puede concluir que se detectó la presencia de este tipo de animales en los siguientes sectores UPZ 49 Apogeo se encontraron en Villa del Rio y en la ronda del Rio Tunjuelo, en la UPZ 84 Bosa occidental se detectaron en Nuestra Señora de la Paz y la presencia de animales en condición semiferal se evidenciaron Villa Suaita sobre la ronda del rio Tunjuelo, en la UPZ 85 Bosa central , Esmeralda y en las zonas aledañas al humedal Tibanica. En la UPZ 86 se encontraron presencia de manadas en el Porvenir (Alcaldía Local de Bosa, 2014).

Otra de las problemáticas identificadas en la localidad está asociada a la actividad pecuaria relacionada con la cría de semovientes (Bovinos, Ovinos, Caprinos, Equinos, Porcinos) actividad que se realiza con deficientes estados de sanidad ya que en la mayoría de los casos la infraestructura que se utiliza no cumple con los estándares de higiene requeridos para la explotación pecuaria (5).

Como respuesta a esta problemática desde la Subred Sur Occidente en el componente Gobernanza se gestionan jornadas de vacunación canina y felina a través de la mesa de habitante de calle, se realiza educación en tenencia adecuada de macotas en el espacio vivienda y público, se realiza vacunación antirrábica y seguimiento a agresiones por parte de VSP.

Desde la Secretaría Distrital de Ambiente se realiza educación ciudadana sobre tenencia responsable de animales de compañía, proceso de sensibilización en jornadas de espacio público, atención integral a la fauna, participación y educación ciudadana, investigación en protección y bienestar animal; se desarrollan jornadas de adopción, se cuenta con una plataforma de registro e identificación de caninos y felinos y se brinda atención a través de la línea 123 para urgencias y emergencias de animales sin hogar.

Inadecuadas condiciones de la vivienda

De acuerdo a la encuesta Multipropósito 2014, con relación a los problemas de tipo constructivo que presentan las viviendas en la localidad de Bosa el 29,4% de las viviendas presentaba problemas de humedad, para el 2017 este porcentaje disminuyó hasta un 16,9% siendo menor al dato Distrital (19,9%), aunque se presenta en mayor proporción en las UPZ Bosa Central y Bosa Occidental. En cuanto a la escasa ventilación se reporta en el 3,9% de las viviendas en el año 2017 frente a un 4,2% en registrado en la ciudad de Bogotá, esta prevalencia es mayor en las UPZ Bosa Central y Bosa Occidental (3,7% y 4,1%, respectivamente). Las grietas se evidencian en el 10,4% de las viviendas, además se identifica un 2,3% con problemas de inundación, 0,2% con peligro de derrumbe y 0,7% con hundimiento del terreno.

Con el programa de mejoramiento de viviendas la Secretaría Distrital del Hábitat se busca superar las deficiencias que impactan en la calidad de vida de los ciudadanos. Por ello, para las familias que devengan menos de 4 salarios mínimos legales vigentes, el Distrito les reemplaza parcial o el total de cubiertas, redes hidráulicas y sanitarias, pisos que permitan mantenimiento e higiene y, acabados en paredes de baños y cocinas.

Asimismo, a través del programa Mi Casa Ya del con apoyo del Gobierno Nacional, el gobierno Distrital y el Fondo Nacional del Ahorro, en el 2017 se presentan 6.129 soluciones de vivienda en la localidad de Bosa, para apoyar la compra de vivienda entre las familias de bajos recursos.

a. Primera infancia

La población de cero a cinco años en la localidad de Bosa para el 2017 es de 79.809, aporta el 10,9% de la población total de la localidad y es la cuarta localidad del Distrito con mayor número de menores de seis años, de éstos el 51,2% son hombres y el 48,8% son mujeres. El índice de primera infancia muestra que por cada 100 personas en la localidad 11 son menores de seis años; en cuanto al índice de dependencia, por cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 16 personas menores de seis años.

Desde el año 2005 la población en primera infancia se ha incrementado en un 28,7%, menos que el total local (47,6%), esto coincide con el comportamiento de la natalidad en la localidad que ha venido disminuyendo, donde la tasa bruta de natalidad pasó de 18,7 nacimientos por mil habitantes en el año 2010 a 12,9 en el 2017, aunque desde el 2010, la localidad ha aumentado levemente la proporción de nacimientos frente al total del Distrito pasando de 9,7% a 10,3% en el año 2017.

En cuanto al comportamiento de la mortalidad, se tiene que para los menores de cinco años se ha presentado un comportamiento descendiente en los últimos ocho años pasando de una tasa de 14,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2010 a 9,7 en el 2017, ubicándose por debajo de la tasa Distrital, que para este último año registra 10,8. La mortalidad general muestra que la principal causa de mortalidad en los menores de cinco años son las afecciones del periodo perinatal con una tasa específica de 62,9 muertes por cada 100.000 menores de cinco años para el año 2016, aunque presenta una disminución desde el año 2012 en donde se registró una tasa de 104,1, la segunda causa de mortalidad se ubica en el grupo de las demás causas con una tasa de 59,9 y en tercer lugar los signos y síntomas mal definidos con 15,4.

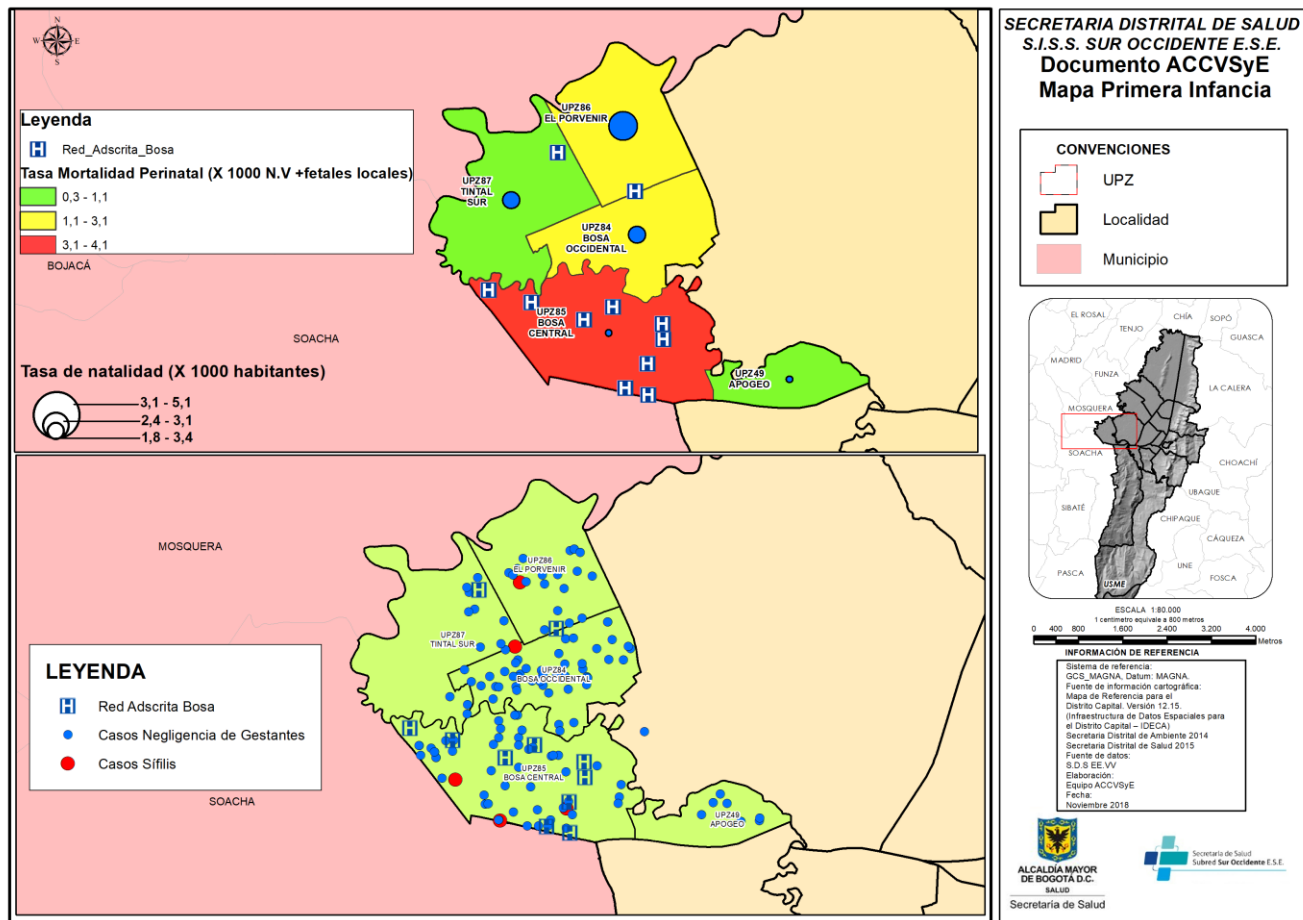
La mortalidad por causas evitables muestra un comportamiento similar en la localidad, por ejemplo, la tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años pasó de 23,6 casos por cada 100.000 menores de cinco años en el año 2010 a 10,5 en el 2017, aunque en este año se incrementó frente al año 2016, pasando de uno a siete casos. La mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) ha tenido un comportamiento más oscilante con un promedio de tres casos por año, la tasa en el 2010 se ubicó en 3,6 casos por cada 100.000 menores de cinco años frente a 1,5 en el 2017, donde se registró un solo caso. La mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), ha registrado en promedio un caso durante los últimos ocho años, para el año 2010 se reportaron dos casos con una tasa de 3,6 casos por cada 100.000 menores de cinco años y en el 2017 se registra un caso con una tasa de 1,5. En cuanto a la desnutrición en los últimos tres años no se han reportado muertes por esta causa en la localidad, el último caso se registró en el año 2014 con una tasa de 0,2.

Para la primera infancia se priorizaron nueve problemáticas enmarcadas en las dimensiones del PDSP, a saber: violencia intrafamiliar, abuso sexual, sífilis congénita, poca adherencia a la lactancia materna, infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, enfermedades inmunoprevenibles, problemas en salud oral y discapacidad. Luego de realizar la jerarquización en las mesas de análisis y la exploración de la información disponible por parte del equipo Accvsye de la Subred, se define como prioridad principal en la localidad de Bosa, la sífilis congénita, que se enmarca en la dimensión PDSP de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, teniendo en cuenta que es un evento de alto impacto en salud pública, que puede incrementar el número de abortos, muertes fetales, partos prematuros, neonatos de bajo peso al nacer y muertes perinatales (8), que se encuentra dentro de las metas de salud a nivel nacional e internacional y que además, la localidad de Bosa ha mantenido durante los últimos tres años una tasa por encima de la meta esperada (0,5 casos por mil nacidos vivos).

Su comportamiento muestra que, durante el año 2016, la tasa de sífilis congénita en Bogotá fue de 1,3 con 130 casos, por encima de la meta nacional y distrital, en cuanto a las localidades de la Subred Sur Occidente, Bosa reportó la cifra más alta con una tasa de 1,5 y 15 casos; por encima del dato Distrital y de la Subred. Para el 2017, la localidad presenta una tasa de 0,9 y 8 casos, la cual disminuyó en siete el número de casos en comparación con el año 2016, no obstante, se presentaron dos mortalidades perinatales relacionadas con el evento, lo cual es una de las complicaciones que se puede presentar con este evento. En cuanto a la ubicación, la UPZ Bosa Central reporta el mayor número de casos con 4, seguido por la UPZ Bosa Occidental con 3 casos. Para el 2018, se incrementó el número de casos y la tasa registrando 11 casos para una tasa de 1,2 casos por mil nacidos vivos, estando por encima de la meta y con el mismo comportamiento de la tasa de la Subred (1,2).

A continuación, se presenta un comparativo de la tasa de mortalidad perinatal y la tasa de natalidad con los casos de sífilis congénita y negligencia en las gestantes, donde la tasa de mortalidad perinatal para la localidad de Bosa registra los valores más altos en la UPZ 85 Bosa Central, así como la mayoría de casos de sífilis congénita en contraste con la tasa de natalidad x 1000 habitantes que es baja respecto a las demás UPZ. En la UPZ el Porvenir presenta la tasa de natalidad más alta. En el caso de negligencia de gestantes esta se concentra en las UPZ Bosa Occidental y Bosa Central.

Mapa 2. Casos de Sífilis congénita, localidad de Bosa 2016-2017



Dentro de los factores de riesgo identificados para la ocurrencia de este evento se identifican las prácticas sexuales de alto riesgo, el inicio de la actividad sexual a una edad temprana, lo que se ve de manera marcada en la localidad, que en los últimos años ha mantenido tasas de fecundidad por encima del nivel distrital, por ejemplo, para el año 2017, Bosa tiene una tasa de fecundidad de 1,6 para las mujeres de 10 a 14 años y de 48,3 para las de 15 a 19 años, en comparación con Bogotá con 1,0 y 38,5 respectivamente. Por otra parte, también se evidencia la falta de consulta preconcepcional, la inoportuna asistencia a los controles prenatales por parte de las gestantes o la ausencia de los mismos, que puede relacionarse con la negligencia de las madres, como una forma de violencia hacia sus bebés, en el 2017, se reportan 159 casos de negligencia por parte de gestantes, también se evidencian barreras de acceso a los servicios de salud, así como la captación tardía de las gestantes (después de la semana 10), por lo anterior, el tratamiento a la gestante se realiza cercano o inclusive el día del parto (9)(10). Asimismo, se evidencia inasistencia a los seguimientos después de los seis meses de gestación, donde se genera casos de reinfección. Otra de las dificultades que ha encontrado es la falta de tratamiento a los contactos y se da por principalmente por la falta de interés de la pareja, barreras de aseguramiento al tener un aseguramiento diferente a la gestante o encontrarse no asegurado (9)(11), así como el temor de parte de las gestantes a comunicarle la presencia de la enfermedad a sus parejas. Adicionalmente, se han presentado fallas en la

articulación entre los diferentes componente del sector salud (salud pública, asistencial, aseguradoras), lo que genera falencias en la identificación, captación y seguimiento de los casos (10).

Como se mencionó anteriormente, la sífilis congénita acarrea secuelas para el recién nacido e incluso abortos y mortalidades perinatales, además cabe mencionar que el tratamiento a los recién nacidos se realiza de forma intrahospitalaria por al menos los primeros diez días de vida, por lo que además de la presencia de la enfermedad se puede ver afectado el inicio y establecimiento de la lactancia materna exclusiva, que para la localidad se encuentra en una mediana de 3,6 meses en el 2017, por debajo de meta distrital de 4 meses y de la meta de OMS de 6 meses. Lo anterior, teniendo en cuenta que existe una tendencia desfavorable tanto en la prevalencia como en la duración de la lactancia materna para los lactantes hospitalizados, debido a factores como los horarios para las visitas, la introducción de fórmulas artificiales y la ansiedad de la madre (12).

En la segunda sesión con el equipo de infancia, al analizar los determinantes y su relación con las demás prioridades se identificaron importantes barreras de acceso al tratamiento, puesto que no se está prestando el servicio a la pareja como dicta el protocolo, lo que dificulta el control de la enfermedad, otro factor importante es la llegada de emergencia de la población venezolana, que en su mayoría esta de forma irregular en el país, por tanto no se le puede suministrar el tratamiento, esta llegada de emergencia también hace que los venezolanos/as opten por las economías informales para su sustento, entre estas, el ejercicio de la prostitución lo que hace aun mayor el riesgo de contraer y transmitir la enfermedad.

Como se evidencia, la sífilis congénita tiene una dirección directa con la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional en cuanto a su afectación en la lactancia materna del menor, con la dimensión de convivencia social y salud mental, ya que se evidencian varios tipos de violencia, tanto el que ejerce la madre con el menor en cuanto a la ausencia de los controles prenatales, como el que puede ejercer la pareja ante la mujer, motivo por el cual ella no comunica su estado y la necesidad de adherirse al tratamiento.

Con la dimensión sexualidad y derechos sexuales y reproductivos de la cual hace parte también, es importante la planificación responsable sobre todo si se hace en edades tempranas, puesto que el desconocimiento de un embarazo y una sexualidad no responsable puede facilitar el riesgo de tener sífilis, así mismo se aumenta la posibilidad de contraer otras enfermedades como el VIH, si no se trata a tiempo puede tener ulceraciones en la piel, problemas circulatorios y si el bebé no lo recibe puede tener problemas en el sistema nervioso o algún tipo de discapacidad como la auditiva o la visual, incluso llegar a tener deformaciones faciales, relacionándose así con la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles. Ahora bien, si la sífilis congénita no se trata tiempo en el bebé, en los primeros años de vida se puede detectar problemas de talla y peso, mayor riesgo de contraer enfermedades

respiratorias como la neumonía, deficiencias en la estructura ósea, sin contar que es posible que se complique la condición de salud del menor y pueda llegar a morir.

En las mesas de análisis se identifica que no hay un conocimiento claro sobre la sífilis, menos sobre la sífilis congénita y las campañas de información, educación y comunicación se convierten en herramientas claves para la difusión de la enfermedad, síntomas y factores de riesgo, se sugiere desde las consultas en las que acuden las mujeres desde la adolescencia, sin necesidad de que se solicite la información o que el motivo de consulta sea otro diferente a su sexualidad, se sensibilice sobre las enfermedades de transmisión sexual.

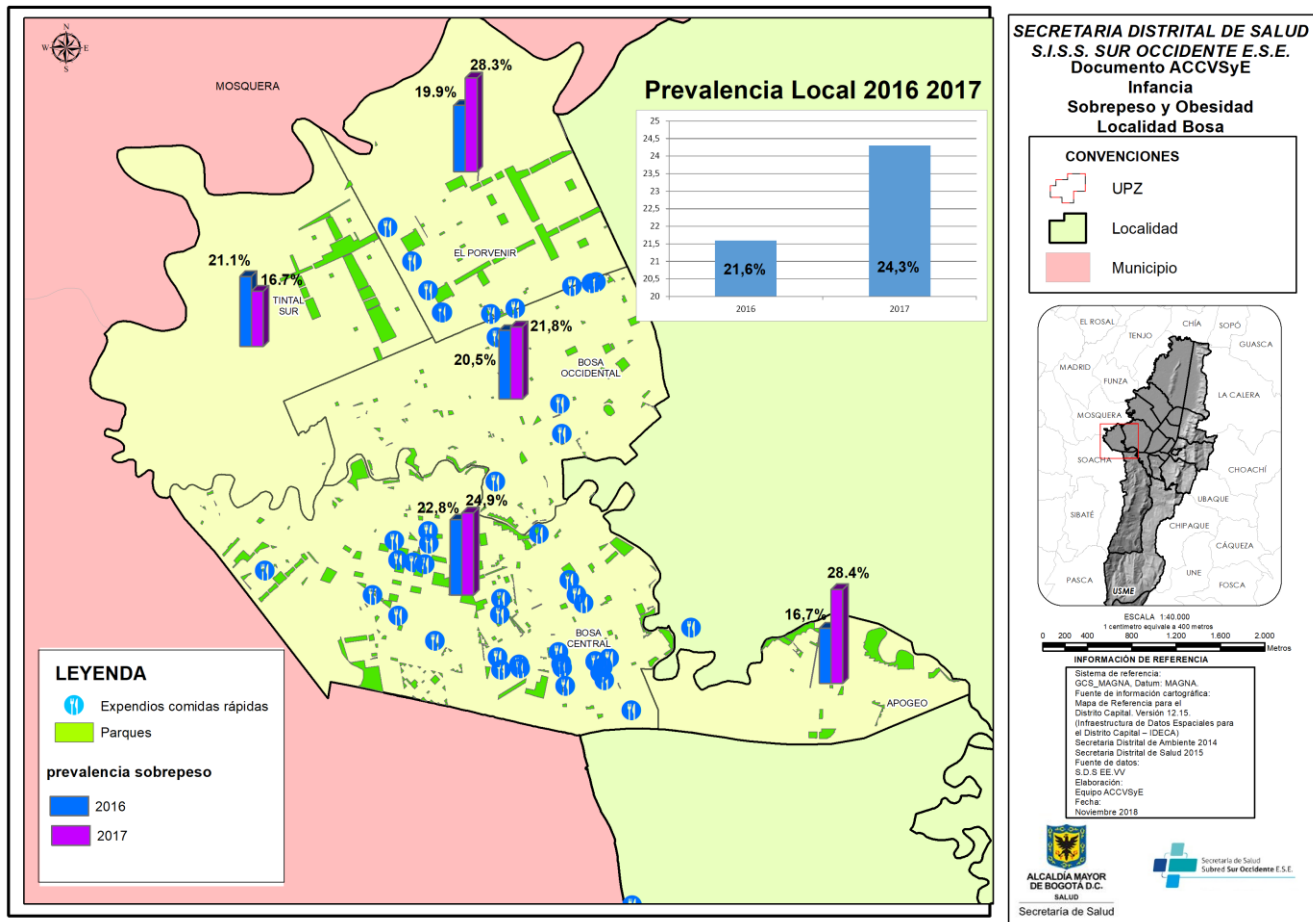
b. Infancia

La población entre 6 y 11 años en la localidad de Bosa para el 2017 es de 75.087 niños y niñas, aporta el 10,3% de la población total de la localidad y es la cuarta localidad del Distrito con mayor número niños en este momento del curso de vida, de éstos el 50,9% son mujeres y el 49,1% son hombres. El índice de infancia muestra que por cada 100 personas en la localidad 11 son niños entre 6 y 11 años; en cuanto al índice de dependencia, por cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 15 personas menores de 12 años. Desde el año 2005 la población en infancia se ha incrementado en un 14,1%, menos que el total local (47,6%), pasando de aportar el 13% de la población de la localidad al 10%, como se mencionó anteriormente.

El comportamiento de la mortalidad general muestra que entre el 2012 y el 2016 la principal causa de mortalidad en el grupo de 5 a 9 años se encuentra en el grupo de las demás causas, con una tasa específica de 6,5 muertes por cada 100.000 para el 2016 mostrando un descenso de 2,3 puntos frente al 2012. En segundo lugar, se ubican las neoplasias con una tasa de 4,8.

Para este momento del curso de vida se identificaron ocho problemáticas prioritarias: abuso sexual, malformaciones congénitas, sobrepeso y obesidad, enfermedades inmunoprevenibles, problemas en salud oral, cáncer, discapacidad y trabajo infantil, posterior al ejercicio de jerarquización se definió que el sobrepeso y la obesidad, que corresponde a la dimensión del PDSP Seguridad Alimentaria y Nutricional, era la prioridad más relevante para la localidad de Bosa, debido a que se presenta con una alta prevalencia y ha venido incrementándose. En el año 2017, el sobrepeso y la obesidad en la localidad para la infancia alcanzan el 24,3%, y se encuentra por encima de la prevalencia del Distrito que es de 23,7% y es similar al reportado por la ENSIN 2015, la cual refiere que el exceso de peso en escolares es de 24,4%. Además, reporta un incremento frente al año 2016, donde el sobrepeso y la obesidad se encontraban en un 21,6%. Para el 2017, la UPZ que reporta mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad es Apogeo con 28,4%, seguida de El Porvenir con 28,3% y Bosa Central con 24,9%, las de menor proporción son Bosa Central con 21,8% y Tintal Sur con 16,7%.

Mapa 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la infancia, localidad de Bosa 2016-2017



La prevalencia de sobrepeso y obesidad comparativa 2016-2017 arrojó que por año el porcentaje más alto se presentó en la UPZ Apogeo en el año 2017 con un valor de 28,4% en comparación con la más baja presentada en la misma UPZ para el año 2016 con 16,7%. Cabe recalcar que en la UPZ 85 Bosa Central, se registraron los porcentajes relativamente más altos para los dos años, caracterizándose esta UPZ por la concentración de gran parte de la población infantil de la localidad de Bosa, donde se puede además observar que se concentran en esta UPZ gran número de expendios de comidas rápidas en contraste con la ubicación de gran número de parques. Similar comportamiento se presenta en la UPZ Bosa Occidental, aunque no registra mayor número de expendios de comidas rápidas.

El sobrepeso y la obesidad son particularmente difíciles de corregir una vez que han arraigado, y hay un riesgo definido de que el sobrepeso durante la niñez continúe en la adolescencia y la edad adulta, dentro de los principales factores de riesgo se encuentran la ingesta excesiva de grasas totales y saturadas, de colesterol y de sal, una ingesta insuficiente de potasio y una disminución de la actividad física, a todo lo cual hay que sumar a menudo muchas horas ante

la televisión, asimismo, existen repercusiones del entorno escolar, pues se considera que un entorno escolar propicio tiene una influencia etiológica probable en relación con la obesidad (13). Adicionalmente, se considera que el consumo elevado y creciente de bebidas azucaradas (refrescos, bebidas a base frutas y concentrados) aumenta en un 60% su riesgo de acabar siendo obesos, además que los azúcares son el factor alimentario más importante en la aparición de la caries dental, que en la localidad tiene una prevalencia del 70% para el año 2017 en los niños captados a través del Sisveso y se encuentra que el 78% presenta una deficiente higiene oral. Por otra parte, como se mencionó anteriormente, en la localidad existe una baja adherencia a la lactancia materna, la cual tiene muchos beneficios, uno de los cuales es probablemente la prevención de la obesidad infantil (14).

Como consecuencia del sobrepeso y obesidad infantil y sumada a cambios alimentarios y estilos de vida sedentarios, existe un mayor riesgo de aparición de enfermedades crónicas, dentro de las que se encuentran hipertensión, enfermedad cardiovascular y algunos tipos de cáncer, que generan a su vez discapacidad y mayor riesgo de muerte. Para la localidad, la tasa de mortalidad por cáncer para el año de 2016, es de 0,7 muertes por cada 10.000 menores de nueve años, mayor a la tasa distrital (0,4). En cuanto a la discapacidad, se ubica en el cuarto lugar a nivel distrital frente al número de registros de personas con discapacidad en el año 2017, correspondiente a la infancia. La tasa de incidencia en la notificación es de 12,1 por cada 10.000 menores entre 6 y 11 años, encontrándose por debajo del Distrito que registra 13,2.

El sobrepeso y la obesidad tienen cargas sociales importantes ya que no sólo afectan la salud de los niños y niñas, sino que son prioridades que recaen en los cuidadores, puesto que los menores no tienen la autonomía para decidir sobre lo que es saludable o no, en este sentido, ellos adquieren los hábitos de los padres o cuidadores, quienes en muchas ocasiones por cuestiones de tiempo o desconocimiento, suministran a sus hijos alimentos hipocalóricos o remplazan alimentos naturales por alimentos que ya vienen procesados, consumiendo así alimentos trans, esto también es un tipo de violencia hacia la población infantil referida a la negligencia.

Por su parte, las relaciones interpersonales se pueden ver afectadas, ya que los y las niñas obesos pueden estar siendo victimizados por su corporeidad y esto incluso se puede convertir en un problema de trastornos alimentarios tales como la bulimia, la anorexia, entre otros problemas que afectan la salud como lo es la depresión y la conducta suicida.

En el Consejo Local Operativo de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la localidad (Clсан) desde el Instituto Distrital de la Participación y la Acción comunal (Idepac) se hace articulación con el Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD) para temas relacionados con la actividad física y la prevención del sedentarismo y con el ICBF a través del programa de alimentación escolar. Desde el Jardín Botánico se hace apoyo a las familias y grupos comunitarios en la implementación de huertas comunitarias y familiares, a su vez se imparten

talleres de agricultura urbana para que en las familias puedan generar sus propias formas de producción de alimentos para el autoconsumo, sin embargo, se hace necesario capacitar a las familias y los líderes comunitarios en gastronomía de tal forma que reconozcan el valor nutricional de los alimentos y su preparación, así como en la reutilización de los residuos para las huertas urbanas.

Desde IDRD a partir del diagnóstico nutricional de niños, niñas y adolescentes se procede a construir talleres en torno al conocimiento de la importancia de prácticas adecuadas de actividad física segura de acuerdo a la edad y a las condiciones de salud, los beneficios que ésta trae y la prevención o disminución del sobrepeso y la obesidad. Por su parte la Dirección Local de Educación (DILE) garantiza la entrega de refrigerios escolares y/o almuerzos, que cumplan con los estándares nutricionales y su estado sea óptimo. Además, en los colegios se prohíbe gradualmente la venta de alimentos con alto contenido de sodio, carbohidratos, fritos y se promueven alimentos de aporte nutricional como lo son las frutas y los cereales.

Desde la Secretaria Distrital de Integración Social (SDIS), se hacen capacitaciones sobre estilos de vida saludables, y se cuenta con un programa de ejercicio físico desde la primera infancia, también se capacitan a las madres comunitarias. Para este año se tiene la meta de aplicar la encuesta de validaciones de condiciones e inseguridad alimentaria para priorizar usuarios de los servicios y realizar una refocalización de los beneficiarios de los servicios.

Desde la Secretaria Distrital de Desarrollo Económico (SDDE), se realiza el programa de mercados campesinos donde los productores de diferentes regiones comercializan sus productos, en su mayoría 100% naturales, con el objetivo de que siempre sean orgánicos. También se realizan capacitaciones a los tenderos de la localidad con el fin de que ellos tengan conocimiento de temas como lo son: el abastecimiento -Bienestar, las TICs y eficiencia, con el fin de que apliquen lo aprendido y así mismo ofrecer a la comunidad productos de calidad con una mejor atención.

Desde el fondo de desarrollo local se realizan actividades que promueven la actividad física para toda la población. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), hace actividades grupales de promoción del juego activo con los niños que asisten a las unidades de servicio, así mismo se hace difusión de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (Gabas) a población mayor de dos años.

En la comunidad Muisca de Bosa se lleva una observación constante de los niños con bajo peso o sobrepeso, se hace acompañamiento con la nutricionista y los médicos ancestrales, de tal forma que en dialogo de saberes se pueda reestablecer la condición nutricional del menor.

c. Adolescencia

La población adolescente en la localidad de Bosa para el 2017 es de 75.087, aporta el 10,2% de la población total de la localidad y es la cuarta localidad del Distrito con mayor número adolescentes, de éstos el 51% son hombres y el 49% son mujeres. Desde el año 2005 la población adolescente se ha incrementado en un 24,4%, menos que el total local (47,6%).

La tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años para el año 2017 es de 1,6 nacimientos por cada mil mujeres de 10 a 14 años y se encuentra por encima de la tasa Distrital que es de 1,0 y presenta un comportamiento variable durante los últimos años con una leve tendencia a la disminución, con el pico más alto en el año 2010 donde se registró una tasa de 1,9. En cuanto a las mujeres de 15 a 19 años, la tasa de fecundidad se ubica en 48,3 para el año 2017, superior a la tasa Distrital (38,5) y mostrando una tendencia sostenida al descenso.

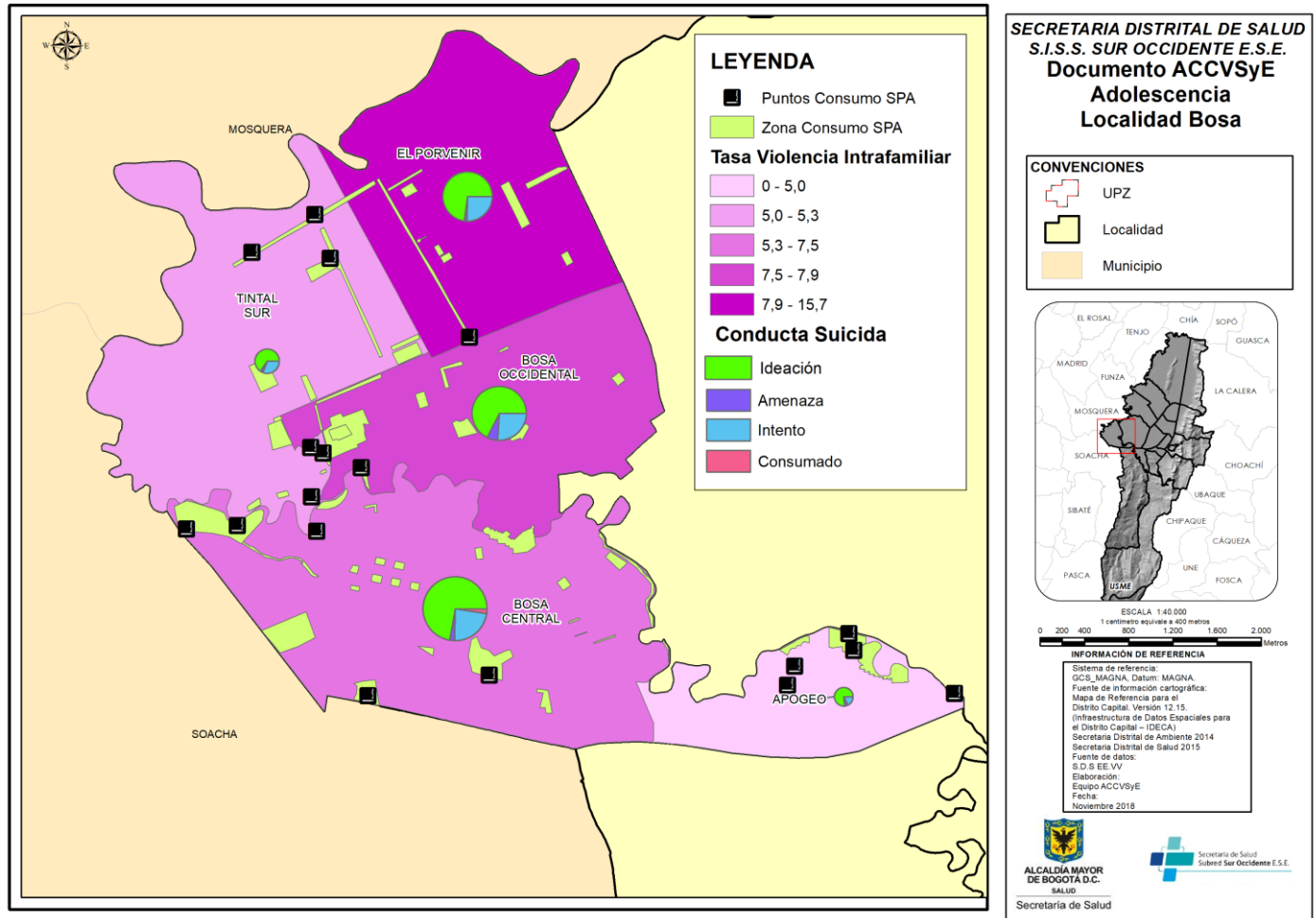
La mortalidad general en el grupo de 10 a 19 años, muestra que entre el 2012 y 2016, las causas externas son la principal causa con una tasa para el 2016 de 20,1 muertes por cada 100.000 adolescentes con una disminución de 7,5 puntos desde el año 2012, en segundo lugar, se encuentra el grupo de las demás causas con una tasa de 8,9 para el 2016 y en tercer lugar se encuentran las neoplasias.

Para los adolescentes de la localidad de Bosa, se identificaron 11 prioridades identificadas por dimensión del Plan Decenal de Salud Pública a saber: conducta suicida, abuso sexual, violencia de género, consumo de sustancias psicoactivas, fecundidad en adolescentes, bajo peso gestacional, sobrepeso y obesidad, enfermedades inmunoprevenibles, problemas en salud oral, cáncer y trabajo adolescente protegido. Como prioridad para este momento del curso de vida se definió el consumo de sustancias psicoactivas, de la dimensión Convivencia Social y Salud Mental del PDSP, debido a que es en este momento de la vida en su mayoría, se inicia el consumo.

De acuerdo al VESPA, se tiene que entre el 2016 y el 2017 en la localidad de Bosa, se redujo la notificación de los casos en un 71% debido a ajustes en el proceso, donde se establece un límite para los casos notificados; para los adolescentes esta reducción es de 78%. Para ambos años los adolescentes son el segundo grupo con mayor notificación después de los jóvenes con un 35,6% en el 2016 y 26,9% en el 2017. Durante el año 2016, la localidad de Bosa ocupa el quinto lugar en la notificación de consumo de SPA a través del Vespa, con 913 eventos y 8,8%. Durante ambos años, el promedio de edad de inicio de drogas fue de 13 años, con una desviación estándar de 3 años, es decir en la adolescencia, donde las principales drogas de inicio fueron el alcohol y el tabaco, ambas lícitas, mientras que la marihuana y el alcohol son las drogas de mayor impacto.

A continuación, se relacionan la tasa de violencia intrafamiliar, con la proporción de casos de conducta suicida y los puntos y zonas de consumo de SPA, con el fin de determinar su relación o coincidencia.

Mapa 4. Consumo de SPA en adolescentes, localidad de Bosa 2016-2017



La tasa de violencia intrafamiliar más alta se presenta en la UPZ El Porvenir con el 14,7%, en cuanto a los casos relacionados con la conducta suicida registra 86 casos de ideación suicida, comportamiento más representativo en las cinco UPZ de la localidad de Bosa. En su orden sigue la UPZ Bosa Occidental con una tasa de 7,9 % donde la tendencia de ideación suicida también es la más alta para esta UPZ con 96 casos. Para la UPZ Boca Central, aunque la tasa de violencia intrafamiliar es relativamente media respecto a la localidad, los casos de ideación suicida son los que más se presentan en las cinco UPZ con 143 casos registrados. El tipo de conducta que se presenta después de la conducta de ideación suicida es el intento de suicidio el cual es significativamente alto en las cinco UPZ de la localidad de Bosa. Las zonas y puntos de consumo de SPA se localizan en todas las UPZ de la localidad y se identificaron mediante cartografía social algunos puntos y zonas de consumo de SPA.

Referente a la Estrategia de orientación y asesoría a jóvenes con consumos iniciales de drogas (SOJU) de la Subred Sur Occidente, entre abril y diciembre de 2017, se captaron por 756 niños, niñas, adolescentes y jóvenes en la localidad de Bosa, de los cuales 683 eran adolescentes con el 90,3%. En cuanto a la prevalencia de vida del consumo de SPA, se observó que el 19,2% de los adolescentes había consumido tabaco, el 11,4% alcohol y el 23%, cannabis, siendo la sustancia con mayor consumo. Al evaluar el riesgo asociado al consumo por sustancia (682 adolescentes), se encontró que mayormente se presenta un riesgo bajo, no obstante, el riesgo moderado se evidenció en mayor medida para el tabaco con 4%, seguido por el cannabis con 3,4%, el alcohol con 2,8% y la cocaína con 0,4%, el riesgo alto sólo se identificó para el cannabis con una proporción de 0,1%.

El consumo de drogas ilícitas se ha incrementado en el país, no solo porque más personas las consumen, sino porque el mercado de sustancias es cada vez más amplio y diverso (15), esto se ve igual, a nivel del Distrito y en la localidad de Bosa. El grupo de edad de mayor consumo es de 18 a 24 años, seguido del grupo de 12 a 17 años (16). En general, el periodo de riesgo de inicio del consumo se concentra en la adolescencia mediana y tardía, se experimenta antes con drogas de comercio legal y más tarde con sustancias de comercio ilegal y con alto grado de transición a patrones de consumo regular en los tres primeros años tras la experimentación (15). Numerosos estudios señalan la existencia de factores biológicos, psicológicos y socioculturales relacionados con el consumo. Considerando que la familia también juega un papel muy importante; fenómenos como la violencia intrafamiliar, pautas de crianza inadecuadas, modelos parentales negativos de consumo, poca atención de los padres a sus hijos, entre otras, pueden ser factores de riesgo (17).

Considerando lo anterior, en la localidad de Bosa existe una notable notificación de violencia intrafamiliar en este grupo de edad, se identificó a través del Sivim, que después de la primera infancia, la adolescencia es el segundo grupo con mayor notificación de casos de violencia durante el 2017, con 710 casos; el principal tipo de violencia es la sexual siendo la primera con mayor notificación de casos en el Distrito, con 308 casos que aportan un 12,4% al total del Distrito, en cuanto a la tasa se ubica en el tercer lugar a nivel distrital con 41,1 casos por cada 10.000 adolescentes, se encuentra por encima del Distrito que tiene una tasa de 26,8. El principal agresor es un conocido con el 31,3%, seguido por la pareja con 14,3%. También es relevante la violencia contra la mujer, que para el 2017, ubica a la localidad de Bosa en el segundo lugar en el número de notificaciones de violencia contra las adolescentes con 553 eventos que aportan 12,3%, la tasa de notificación es de 151, 8 eventos por cada 10.000 mujeres de 12 a 17 años, mayor que la reportada a nivel distrital (124,4).

Adicionalmente, el consumo de SPA puede generar otras conductas de alto riesgo como las prácticas sexuales que se dan bajo la influencia de SPA, que tienen como consecuencia el contagio de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados, es importante mencionar que Bosa tiene un peso relevante en la fecundidad en las adolescentes a nivel

Distrital, donde la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años es de 1,6 nacimientos por cada mil mujeres en este grupo de edad para el año 2017, ocupando el sexto lugar en la ciudad y por encima del dato distrital (1,0)), en cuanto a las adolescentes de 15 a 19 años, la tasa es de 48,3 mayor que en Bogotá (38,5) y ocupando el noveno lugar.

Otra de las consecuencias del consumo de SPA es la conducta suicida, teniendo en cuenta que el consumo y el abuso de drogas se encuentran entre los factores que aumentan el riesgo de que se presente. En la literatura se reporta que los consumidores de drogas tienen tentativas de suicidio que oscilan entre 25% y 50% y que el uso de drogas inyectadas predice el intento de suicidio en adolescentes con síntomas de depresión. Esto permite afirmar que el incremento en el consumo de drogas en adolescentes se relaciona con el aumento de intentos de suicidio y de suicidios consumados en dicha población (18). La localidad de Bosa es la segunda en número de notificaciones de conducta suicida en adolescentes en el año 2017, después de Ciudad Bolívar, con 561 eventos y 12,4%, en cuanto a la tasa ocupa el sexto lugar con 75,4 casos por cada 10.000 adolescentes y se encuentra por encima del Distrito (61,6). El tipo de conducta que mayor se presenta es la ideación con 69,9%, seguido por el intento con 23,7%. Se reportan 6 casos de suicidio consumado al Sisvecos, siendo el momento de curso de vida con mayor número de estos eventos en la localidad. De acuerdo al reporte de mortalidad general para el año 2016, se reportan 5 casos de suicidio entre los 10 y 19 años, 4 en mujeres y 1 en hombres.

Ahora bien, desde los determinantes sociales de la salud se evidencia que no hay presencia ni voluntad del Estado para atender problemas de salud mental que son causales de otros problemas significativos en la sociedad y hasta ahora se han generado iniciativas para la RIAS, con el fin de poder dar respuesta a la problemática, sin embargo, es necesario evaluar que esta respuesta no se quede asistencialista, sino que realmente logre transformar las condiciones de vida de los y las adolescentes.

El microtráfico hace que sea más fácil acceder a las SPA, incluso se vuelve una oportunidad para tener ganancias debido a la falta de oportunidades para los jóvenes, si bien se discute sobre si penalizar la dosis mínima o no, entre legalizarla, el debate desde salud pública en todo su sentido, es la prevención del consumo, pero esto está arraigado a una fuerte normalización de sustancias promovida por las prácticas familiares y sociales, como el alcohol y el tabaco, que son las que llevan al consumo de otras sustancias, en este sentido se abre paso a la estigmatización al consumo de SPA ilícitas, por la doble moral que se maneja, ya que no es “tan grave ver fumar a una persona cigarrillo que si lo que fumara fuera marihuana”.

El estado no garantiza la educación superior, ni el aprovechamiento del tiempo libre con programas que estén orientados a desarrollar habilidades, por lo que se hace mal uso del tiempo libre, esto es un factor de riesgo para los y las adolescentes ya que pueden caer en la

informalidad y si están permeados por violencia intrafamiliar, son más fáciles de ser influenciados al consumo de SPA.

La Secretaría de Educación junto con la policía deben hacer labores mancomunadas para la detección y denuncia de personas que incitan a los menores tanto a probar como a comercializar sustancias ilícitas, pero a su vez se debe educar a los padres en síntomas del consumo, conductas del consumo y prevención del mismo, ya que el consumo inicial en su mayoría se hace en casa con sustancias lícitas, pero no se es consciente de esto.

Como la mayoría de adolescentes son escolarizados, es en el entorno educativo donde se puede influenciar al menor a través de pares para el consumo, en este sentido las escuelas de padres son claves para que desde el hogar y en articulación con las instituciones se pueda prevenir el consumo de SPA en los y las adolescentes, a pesar de que su medio lo incite constantemente al consumo, tener la capacidad de decir no, sin miedo a ser rechazado o violentado.

Es necesario que todos, tanto los padres, como los menores y las instituciones comprendan que el consumo de SPA tanto lícitas como ilícitas, son la primera causa de otras problemáticas tales como la violencia intrafamiliar, la violencia de género, la violencia social, la conducta suicida, el embarazo en adolescentes, el contagio de enfermedades sexuales por el descuido ante la protección y estas problemáticas también en un ciclo conllevan al consumo de SPA, es decir se determinan entre sí.

d. Juventud

La población joven en la localidad de Bosa para el 2017 es de 143.256 y es la quinta localidad del Distrito con mayor número jóvenes, de éstos el 50,5% son hombres y el 49,5% son mujeres. Desde el año 2005 la población se ha incrementado en un 35%, menos que el total local (47,6%), asimismo, se ha disminuido su participación porcentual en el total de la población de la localidad pasando de 29% en el año 2005 al 19,6% para el 2017.

Las tasas de fecundidad en mujeres entre los 20 y 29 años son las más altas de la localidad, para el grupo de 20 a 24 la tasa se ubica en el 2017 en 88,8 y en el grupo de 25 a 29 años es de 77,1, ambas por encima de las tasas distritales (73,5 y 71,3, respectivamente) y mostrando una disminución en los últimos.

La mortalidad general en el grupo de 19 a 29 años, muestra que entre el 2012 y 2016, las causas externas son la principal causa con una tasa para el 2016 de 65,1 muertes por cada 100.000 jóvenes con un incremento de 4,1 puntos desde el año 2012, en segundo lugar, se encuentra el grupo de las demás causas con una tasa de 10,4 para el 2016 y en tercer lugar se encuentran las neoplasias con una tasa de 6,4.

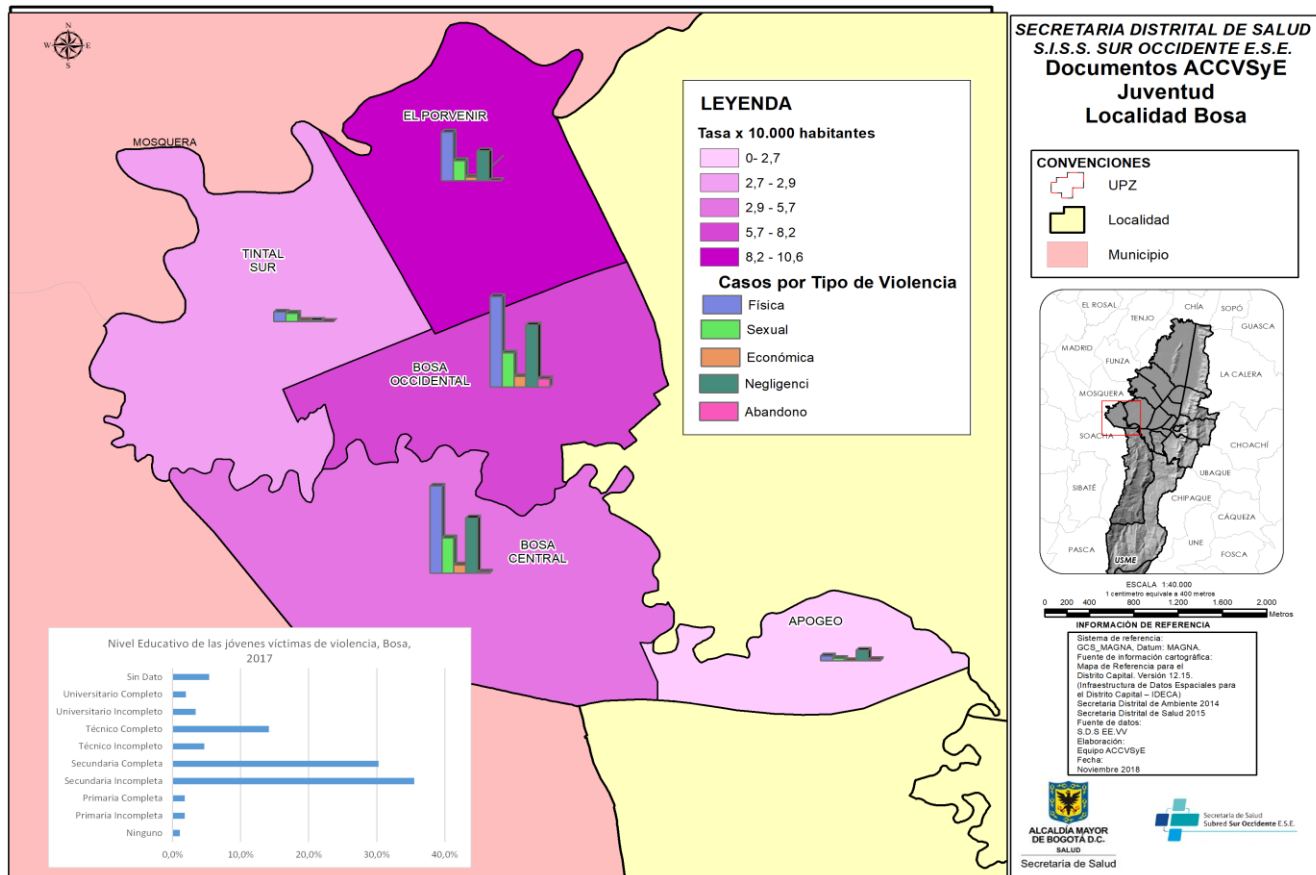
Para este momento del curso de vida se identificaron 12 problemáticas, las cuales son: conducta suicida, violencia de género, violencia social, consumo de sustancias psicoactivas, mortalidad materna, morbilidad materna extrema, infección por sífilis, sobrepeso y obesidad, bajo peso gestacional, enfermedades zoonóticas, problemas en salud oral y trabajo informal. De las anteriores, se priorizó la violencia de género, de la dimensión Convivencia Social y Salud Mental del PDSP, como el problema que genera mayor vulnerabilidad en la juventud para la localidad de Bosa, teniendo en cuenta que, durante el año 2017, la localidad de Bosa ocupa el segundo lugar en el número de notificaciones de violencia contra las jóvenes con 558 eventos que aportan 12,1% del total distrital, la tasa de notificación es de 78,7 eventos por cada 10.000 mujeres de 18 a 28 años, mayor que la reportada en Bogotá (64,1). Lo que sale a la luz es, con más frecuencia, lo más visible: la violencia física que deja su rastro en lesiones que van de las excoriaciones y contusiones hasta la muerte. Las agresiones y humillaciones sexuales (relaciones sexuales forzadas u otras formas de coacción sexual) también forman parte del ciclo y manifestaciones de la violencia contra las mujeres (19).

El tipo de violencia que más se notifica en Bosa durante el 2017, después de la emocional que se reporta ante todos los casos, es la física con el 42,1% del total de jóvenes, seguido por la negligencia con 28,7%. En cuanto a la ubicación, la mayor tasa de notificación la reporta la UPZ El Porvenir con 10,6 casos por 10.000 habitantes, seguido por Bosa Occidental con 8,2 y Bosa Central con 5,7, las de menor tasa son Apogeo con 2,7 y Tintal Sur 2,9.

Respecto al nivel educativo, se evidenció que la mayoría de las víctimas jóvenes de violencia no terminaron la secundaria o llegaron hasta la secundaria, sin embargo, la violencia está presente aun cuando se tiene instrucción académica, llama la atención la violencia en personas que tienen instrucción académica técnica o universitaria. En cuanto al tipo de violencia se evidencio que la violencia física es la que más se registra en la localidad de Bosa para el ciclo vital joven.

Aunque la violencia es un problema generalizado y adopta muchas formas, puede presentarse en todos los ambientes de la vida de las personas; la ejercen y la sufren tanto mujeres como varones, aunque la mayoría de la violencia, es perpetrada por los varones. Especialmente en el caso de la violencia de género, los agresores son personas cercanas a las agredidas y se produce dentro del ámbito doméstico o bien cuando la víctima y el agresor ya no conviven, en espacios privados o públicos (19). Para el caso de la localidad de Bosa el principal agresor de las jóvenes es la pareja con el 21%, luego se tiene a las mismas jóvenes por negligencia durante la gestación (21%) y en tercer lugar la expareja con el 18%.

Mapa 5. Tasa de violencia en la juventud, localidad de Bosa 2017



La violencia contra las mujeres puede llevar a problemas de salud que van desde la depresión hasta las autolesiones o el suicidio, pasando por la exacerbación de síntomas físicos y psicosomáticos. Por ejemplo, en la localidad de Bosa para el año 2017, el 69% de la conducta suicida se presenta en mujeres siendo el intento el principal tipo de conducta con el 57%. Por el otro lado, está el homicidio que tiene como víctimas a las mujeres (feminicidio), para el 2017 Bosa reporta una tasa de 1,6 feminicidios por cada 100.000 mujeres, aunque se encuentra por debajo de la tasa distrital (2,6) y presenta una tendencia a la disminución, con una reducción de tres puntos en la tasa frente al año 2012.

Uno de los riesgos identificados en los jóvenes frente al tema de violencia de género relacionado con la pareja, es el consumo de SPA, ya que se ha evidenciado que a mayor consumo (moderado a severo), se observa una mayor violencia y esta asociación se fundamenta en el hecho de que el consumo de alcohol y otras sustancias altera la percepción de los patrones de interacción y comunicacionales en la pareja, por lo que es más probable que surjan comportamientos violentos (20). Lo anterior es relevante teniendo en cuenta que, en la localidad, los jóvenes son los que reportan el mayor consumo de SPA, de acuerdo al VESPA para el año 2016, Bosa ocupa el quinto lugar en la notificación de consumo de SPA con 913 eventos y 8,8%, los jóvenes aportan el 36,9%, siendo el momento de curso de vida con mayor

notificación. La tasa de notificación es de 23,5, similar a la del Distrito que es de 23,4. El alcohol y el tabaco son las principales drogas de inicio, mientras que el bazuco y la marihuana son las drogas de mayor impacto.

Otra de las formas en que las mujeres son violentadas es a través de dinámicas sociales que apoyan la desigualdad de poder entre géneros, en beneficio de los hombres, por ejemplo, la mujer puede ser víctima de funciones y actitudes prejuiciosas: desigualdad en el reparto de poder entre sexos, menor empleo femenino y menos recursos materiales (21). En este sentido, en Bogotá (*no se disponen datos por localidad*) para el último trimestre de 2017, la tasa de desempleo era mayor en mujeres con un 9,6 frente a 9,4 de los hombres, de igual manera el subempleo alcanza una tasa de 22,7 para las mujeres y 19,8 para los hombres.

Lo anterior muestra que la violencia contra la mujer en sus distintas manifestaciones es una violación a los derechos humanos y representa una importante problemática de salud pública puesto que es una de las principales causas de lesión, discapacidad y muerte para muchas mujeres en el mundo (22), en nuestro país y en el Distrito.

e. Adultez

Para el año 2017, la población adulta de la localidad de Bosa es de 295.470 habitantes que representan el 40,4% del total de la población, lo que los convierte en el momento del curso de vida más representativo en la localidad, para el año 2020 se proyecta que esta proporción se incremente levemente hasta 40,8%. El 52,7% de los adultos son mujeres y el 47,3% son hombres.

La tasa de fecundidad en mujeres de 30 a 54 años para el año 2017 es de 16,2 nacimientos por cada mil mujeres adultas con una reducción en comparación con el año 2013 en el que se registra una tasa de 19,5. La tasa de fecundidad se concentra en el grupo de 30 a 35 años con 50,5, seguido por el grupo de 35 a 39 años con 26,8, ambas registran un descenso en los últimos ocho años, donde reportaron 61,8 y 33,4, respectivamente.

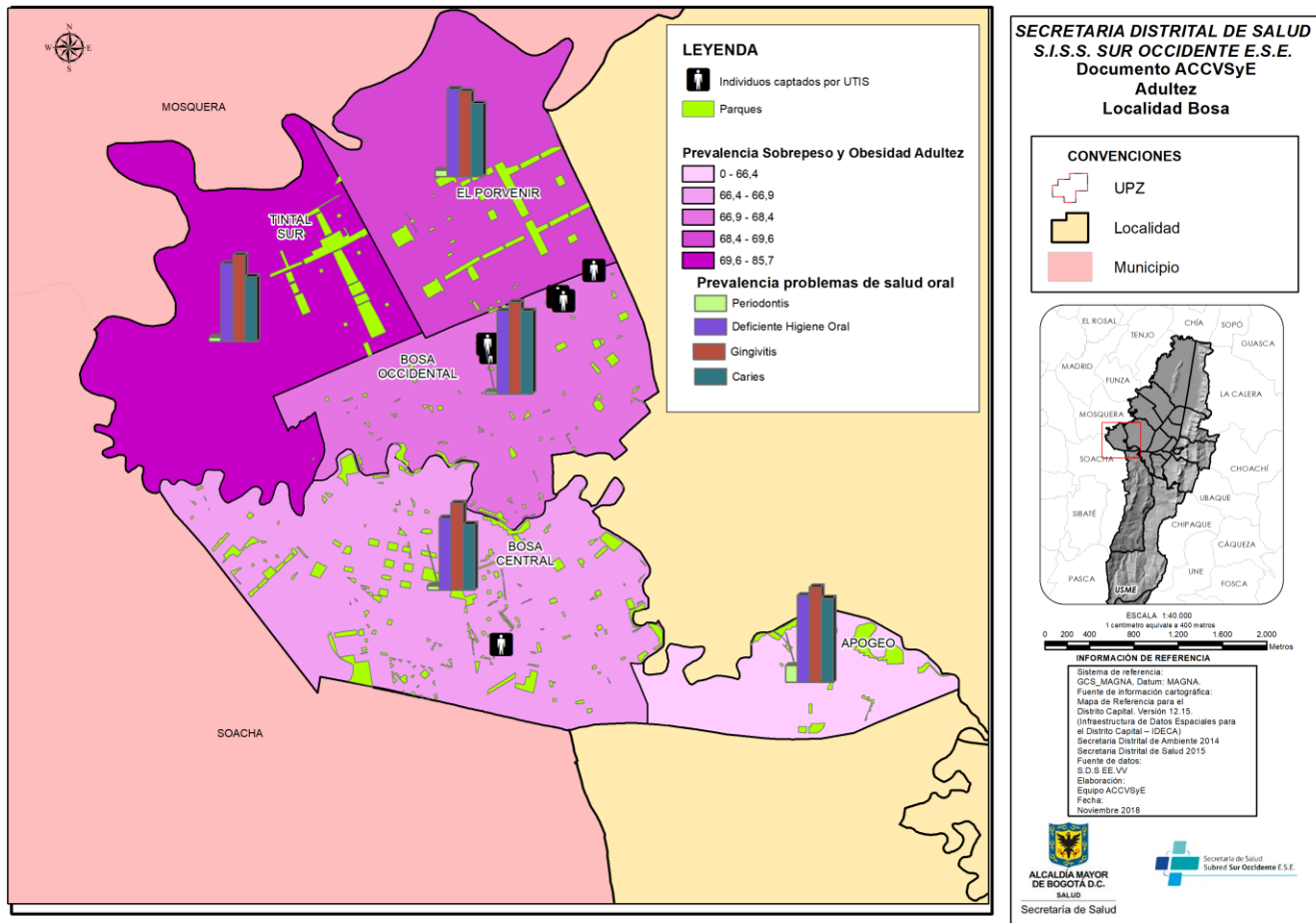
Para los adultos se identifican 13 prioridades de acuerdo a las dimensiones del PDSP a saber: violencia intrafamiliar, violencia social, violencia de género, morbilidad materna extrema, infección por sífilis, exceso de peso gestacional, sobrepeso y obesidad, enfermedades zoonóticas, enfermedades por mycobacterias, problemas en salud oral, condiciones crónicas (EPOC, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares), discapacidad y trabajo informal), de los anteriores se jerarquizó en primer lugar las condiciones crónicas, que corresponde a la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles del PDSP, debido a la relevancia que presenta en la morbilidad de los adultos de la localidad.

Referente a la mortalidad general, entre el año 2012 y 2016, la principal causa se encuentra en el grupo de las neoplasias, que para el 2016 registra una tasa de 64,5 con un incremento de 2,5 puntos en los últimos cinco años, en segundo lugar, se ubica el grupo de las causas externas con una tasa de 38,3 en el 2016, seguido de las enfermedades del sistema circulatorio, grupo que registra una tasa de 34,3. Para el año 2016 la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en los adultos es de 13,0 muertes por cada 10.000 adultos entre 30 y 59 años, encontrándose por encima de la tasa a nivel del Distrito que se ubica en 11,9. Por otro lado, concentra el 9,1% de muertes por esta causa en la ciudad, ocupando el cuarto lugar. La patología crónica con mayor tasa es el cáncer con 6,4, seguido por las enfermedades circulatorias con 3,2.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adulta es alta en la UPZ Tintal Sur donde la prevalencia fue de 85,7%, también presenta altos porcentajes de problemas de salud oral relacionados con problemas de gingivitis con 90,9%, seguido de la UPZ Porvenir y Bosa Occidental con una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 69,6 y 68,4% respectivamente.

En la etapa adulta de la vida, se expresan la mayoría de las enfermedades crónicas, las asociaciones más firmemente establecidas entre las enfermedades cardiovasculares o la diabetes se dan con los principales factores «adultos» de riesgo conocidos, como el tabaquismo, la obesidad, la inactividad física, el colesterol, la hipertensión y el consumo de alcohol (14). Los riesgos de sufrir diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión aumentan de forma sostenida con el incremento de peso, de ahí que la prevención de la obesidad y la prevención de diversas enfermedades crónicas, especialmente la diabetes de tipo 2, tengan mucho en común. En Bosa, de acuerdo a la población captada por el Sisvan, los adultos presentan un 41,8% de sobrepeso, 28,9% de obesidad y 1,5% de obesidad mórbida lo que da un total de 68,2% de exceso de peso para este grupo de edad, por encima de la prevalencia de ciudad que se encuentra en un 67,4%, es decir que más de la mitad de la población presenta exceso de peso. Así mismo, el 47,7% de las gestantes adultas captadas a través del Sisvan tienen sobrepeso y obesidad, levemente superior al Distrito que registra un 47,5%.

A continuación, se presenta la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la adultez en relación con la prevalencia en salud oral, la presencia de parques y las UTIS captadas.

Mapa 6. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la adultez, localidad de Bosa 2017

En otro sentido, la hipertensión arterial tiene una relación indirecta con la salud bucal al estar asociada a la obesidad y a los disturbios del metabolismo de glucosa y de lípidos (23). En cuanto a la dirección de la relación entre la diabetes y la enfermedad periodontal, está demostrado que los individuos con diabetes tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedad periodontal, que puede considerarse una infección bacteriana y que desencadena una respuesta inflamatoria, que producen resistencia a la insulina y ello es un factor de riesgo para diabetes tipo 2, hipertensión y dislipidemia (24). Para el año 2017, el 77,7% de la población adulta valorada a través del subsistema Sisveso tiene caries cavitacional, el 83,7% presenta una deficiente higiene oral, el 92,9% presenta gingivitis, el 8,5% presenta lesión mancha blanca, el 16,7% lesión mancha café y el 6% periodontitis, además, el 59,6% no había asistido a consulta odontológica.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son causas cada vez más importantes no sólo de muerte prematura sino de discapacidad (14), para el año 2017, la localidad de Bosa ocupa el segundo lugar en el registro de personas adultas con discapacidad con 611 personas, además registra una tasa de notificación de 20,7 personas notificadas por cada 10.000 adultos, superior al Distrito que reporta una tasa de 17,9. Las alteraciones del movimiento son las que más

afectan a los adultos en la localidad con el 50%, seguido por las alteraciones del sistema nervioso y el 31% requiere ayuda permanente.

Los cambios experimentados por la estructura del empleo también generan un impacto en la aparición y pronóstico de las enfermedades crónicas, teniendo en cuenta que las tendencias demográficas muestran el descenso del número de personas que integrarán la población trabajadora y consecuentemente, las personas trabajarán más años, hasta una edad más avanzada, y con la edad suele concurrir la aparición de las enfermedades crónicas (25)(26), que si bien no todas son causas por el trabajo si afecta las actividades laborales, situación que empeora en los empleos informales, ya que no se cuenta con la protección social necesaria para su detección temprana ni tratamiento. Lo anterior, es relevante considerando que la actividad informal tiene un importante peso en la localidad, por ejemplo, para el período comprendido entre abril y noviembre de 2017, a través del espacio trabajo (PSPIC) se caracterizaron 781 Unidades de Trabajo Informal en la localidad de Bosa, dentro de las que se encuentran peluquerías, negocios de impresión, fabricación y reparación de muebles, ferreterías, que manejan productos químicos y puede generar riesgos a la salud como dolores de cabeza, dolor en articulaciones, enfermedades respiratorias, etc.; en estas se logra implementar la estrategia de entornos laborales saludables, durante dicho período. De estas UTIS, se identificaron 942 trabajadores informales adultos, el 67% del total de trabajadores caracterizados, de los cuales 52,9% son mujeres y 47,1% son hombres. De acuerdo al Registro Individual de Vendedores Informales-RIVI, del Instituto para la Economía Social -IPES- en el Distrito se encuentran 50.038 vendedores informales inscritos acumulados hasta enero de 2017, de los cuales el 6,2% (3.108) reside en la localidad de Bosa, el 55,1% se encuentra entre los 40 y 59 años de edad, el 27,6% son mayores de 60 años y el 15,6% están entre 18 y 39 años. Sólo en el año 2016, se identificaron 6.250 vendedores informales en Bogotá, de los cuales el 7,5% reside en la localidad de Bosa.

Además de ser causa de muerte prematura, las patologías crónicas provocan importantes efectos adversos en la calidad de vida de los enfermos afectados y tienen efectos económicos importantes y subestimados por las familias, comunidades y la sociedad en general, al presentar varias enfermedades crónicas a la vez; frecuentes visitas al hospital; disminución de la autonomía personal, con frecuentes situaciones de discapacidad y dependencia; uso elevado de recursos sanitarios y sociales; y factores adicionales como edad avanzada, vivir solo, escaso apoyo familiar y social, secuelas de patología previa, etc. (27).

f. Vejez

La población mayor de 59 años durante el 2017 es de 63.007, el 57% de la población corresponde a mujeres y 47% son mujeres, esta población ha tenido un incremento en la proporción de la población general, pasando de representar el 5,5% en el 2005 al 8,6% en el 2017. El índice de envejecimiento para el año 2005 muestra que 100 personas menores de 15

años, 17 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2017 este grupo poblacional fue de 33 personas, mostrando un envejecimiento paulatino de la población de la localidad, igualmente, esto se muestra en el índice de dependencia de la población mayor, ya que para el año 2005, cinco personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2017 corresponde a ocho personas.

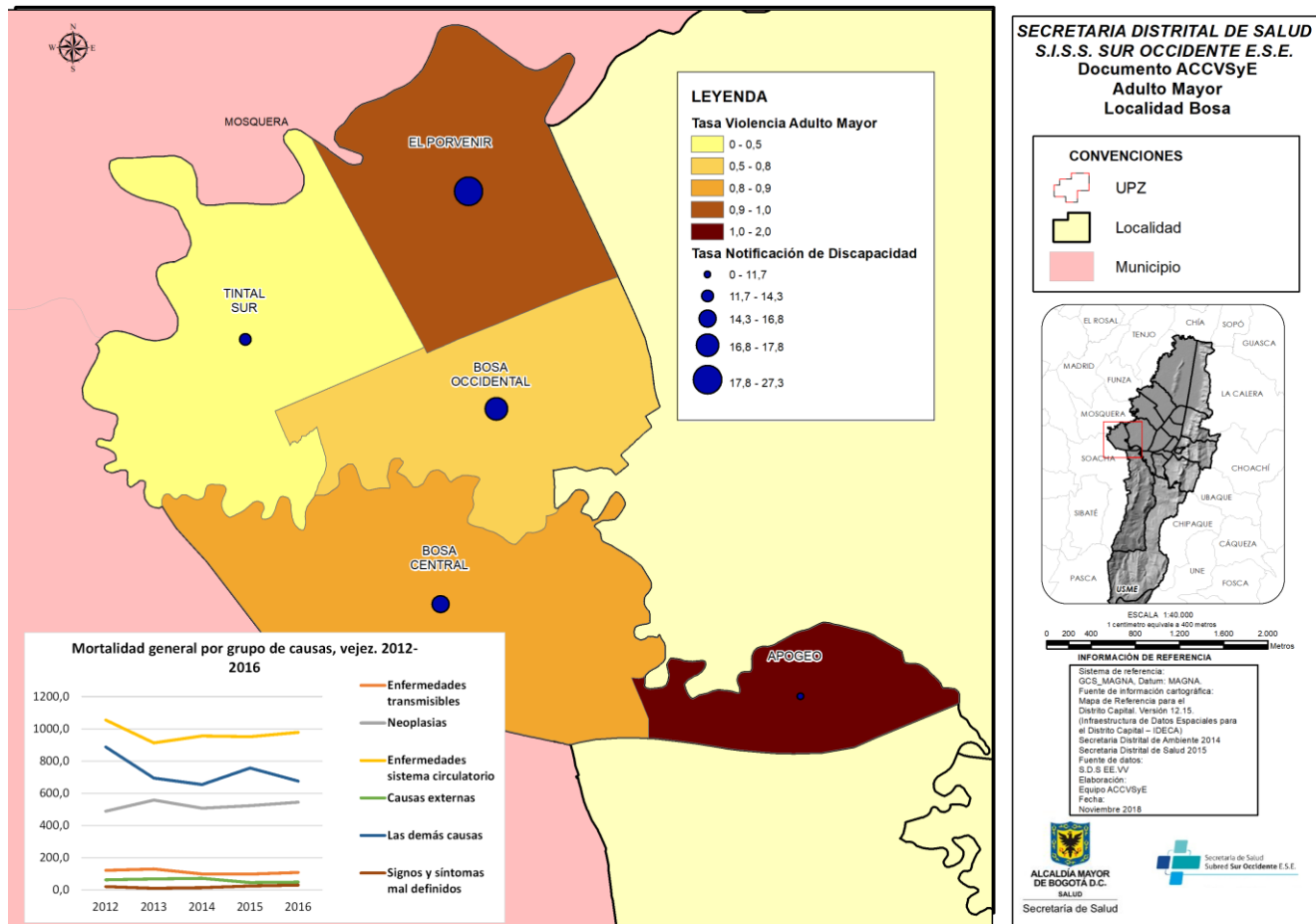
La principal causa de mortalidad durante el período de 2012 a 2016 se ubica en el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio que para el año 2016 tiene una tasa específica de 977,8 muertes por cada 100.000 mayores de 60 años, seguido por el grupo de las demás causas con 675,7 y las neoplasias con 544,9.

Se identificaron las prioridades relacionadas a continuación: violencia intrafamiliar, sobrepeso y obesidad, enfermedades por mycobacterias, problemas en salud oral, discapacidad y condiciones crónicas (EPOC, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares), de éstas se jerarquizó en primer lugar la discapacidad, que corresponde a la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles del PDSP, teniendo en cuenta que el envejecimiento de la población, es una de las causas de la discapacidad, ya que el deterioro físico por el paso del tiempo, aunado a malos hábitos, enfermedades, etc., genera dificultad para el desempeño de las actividades de la vida diaria, que tienen como consecuencia la pérdida de la independencia, la autonomía física y el abandono familiar(28). En la localidad de Bosa la tasa de incidencia en la notificación de discapacidad es de 86,2 personas por cada 10.000 adultos, siendo la más alta frente a los demás grupos de edad, aunque se encuentra por debajo del Distrito que registra 95,5 y se ubica en el noveno lugar a nivel distrital frente al número de registros de personas con discapacidad en el año 2017, correspondientes a los adultos mayores. La alteración que más afecta a esta población en la localidad es la del movimiento y la del sistema nervioso con el 48% y 20%, respectivamente.

Como se mencionó anteriormente en los adultos, la discapacidad está relacionada con la aparición y progresión de las enfermedades crónicas que tienen una mayor carga en los mayores de 60 años, como se observa en las principales causas de morbilidad en esta población. El Informe Mundial sobre la Discapacidad de OMS, menciona que la diabetes, las enfermedades cardiovasculares (enfermedades del corazón y embolia), los trastornos mentales, el cáncer y las enfermedades respiratorias, representan el 66,5% del total de años vividos con discapacidad en países de ingresos medios y bajos (29). Para el año 2016 la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en los adultos mayores es de 252,1 muertes por cada 10.000 adultos mayores de 60 años, encontrándose por encima de la tasa a nivel del Distrito que se ubica en 238,8. Por otro lado, concentra el 6,6% de muertes por esta causa en la ciudad, ocupando el quinto lugar. La patología crónica con mayor tasa son las enfermedades circulatorias con 93,9 seguidas por el cáncer con 53,1.

En cuanto a la vejez, la tasa de violencia más alta se encuentra en la UPZ Apogeo, con un valor de 2,0% mientras que la tasa de notificación de discapacidad es la más baja de la localidad. Seguida se encuentra la UPZ El Porvenir, sin embargo, la tasa de notificación de discapacidad es alta. En el caso de la UPZ Bosa Central tanto la tasa de violencia como la tasa de notificación de discapacidad es media, mientras que para la localidad Tintal Sur la tasa de violencia, así como la tasa de notificación de discapacidad.

Mapa 7. Tasa de violencia en la vejez y de notificación de discapacidad, localidad de Bosa 2017



Otro factor de riesgo identificado es el sobrepeso y la obesidad que favorece la aparición de enfermedades y crónicas y puede generar problemas de movilidad y discapacidad, en este sentido, de acuerdo a la población captada por el Sisvan, en la localidad de Bosa los adultos mayores presentan un 41% de sobrepeso, 21,2% de obesidad y 1% de obesidad mórbida lo que da un total de 63,2% de exceso de peso para este grupo de edad, la misma prevalencia que se registra a nivel distrital, es decir, que más de la mitad de la población presenta exceso de peso.

Lo anterior sumado a que en esta población se puede presentar un empeoramiento de las patologías presentadas, al no contar con cuidadores o por la negligencia de los mismos, pues en esta etapa se puede pasar de la autonomía a depender de los demás, a lo que se le agrega la pérdida de relaciones que se han tenido durante años, tales como el trabajo, y sobre todo, los hijos, quienes pueden valerse por sí mismos y no necesitan de la ayuda de los padres. En la localidad de Bosa para el año 2017, el principal tipo de violencia contra los mayores de 60 años es la negligencia con el 46% del total de personas notificadas, seguida por la violencia física y el abandono por el 19%. El 74,7% de los casos corresponde a mujeres. La localidad es la octava en número de casos notificados de violencia en los adultos mayores, con 79 casos que corresponden al 6% con una tasa de notificación de 12,5 eventos por cada 10.000 adultos mayores, inferior al dato distrital que se encuentra en 13,3.

El riesgo de adquirir una discapacidad aumenta con los años y prevenir las condiciones de salud asociadas con la discapacidad es una cuestión de desarrollo y de salud. La detección temprana de los problemas de salud y las acciones para reducir el impacto de una enfermedad o lesión que ya existe, pueden disminuir las complicaciones relacionadas (30) y mejorar la calidad de vida de las personas al final de su vida.

5. CONCLUSIONES

- **Primera Infancia**

La sífilis congénita es un evento relevante en la localidad de Bosa, ya que se ha mantenido por encima de la meta establecida tanto a nivel nacional como internacional (menos de 0,5 casos por mil nacidos vivos) y con un importante número de casos, para el 2016 reportó una tasa 1,5 y 15 casos , para el año 2017, la tasa fue de 1,1 y 10 casos, donde además se presentaron dos mortalidades perinatales relacionadas con el evento; por lo anterior se considera un evento de relevancia para la localidad, considerando además en el contexto en el que se desarrolla.

Dentro de los factores de riesgo identificados para la ocurrencia de este evento se identifican las prácticas sexuales de alto riesgo, inoportuna asistencia o ausencia de controles prenatales. Por otra parte, se evidencian barreras de acceso a los servicios de salud, captación tardía de las gestantes, inasistencia a los seguimientos y falta de tratamiento a los contactos. Otro factor importante que se ha presentado, es la llegada de gestantes venezolanas, que presentan sífilis gestacional, no cuentan con controles prenatales y no tienen tratamiento. Por lo anterior, la sífilis congénita es un evento de alto impacto en salud pública, por las consecuencias que trae para la salud materno perinatal y que va ligada con la vulnerabilidad social que se evidencia en la localidad, por lo requiere especial atención e intervención.

- **Infancia**

En la localidad de Bosa el exceso de peso en la infancia tiene una alta prevalencia y ha venido incrementándose, en el año 2017, alcanza el 24,3%, por encima del Distrito (23,7%), similar a lo reportado por la ENSIN 2015 (24,4%) y, además, reporta un incremento frente al año 2016 (21,6%). Lo anterior a pesar que se considera que la localidad tiene una alta vulnerabilidad social, con poco acceso a empleo y bajos ingresos, por lo que se esperaría que, por el contrario, la desnutrición fuera la protagonista para esta población. No obstante, más que la cantidad de alimentos, se encuentra que este comportamiento se relaciona con la calidad de la alimentación que se caracteriza por tener un alto valor calórico y un bajo aporte nutricional, transmitido por el entorno familiar y social y que se convierte en un círculo vicioso, traducido en el exceso de peso y, por ende, una mala nutrición.

Al considerar que el sobrepeso y la obesidad infantil tienen alta probabilidad de mantenerse durante la niñez y continúe en la adolescencia y la edad adulta, acarreando consecuencias como un mayor riesgo de aparición de enfermedades crónicas, dentro de las que se encuentran hipertensión, enfermedad cardiovascular y algunos tipos de cáncer, que generan a su vez discapacidad y mayor riesgo de muerte y por ende, una mayor carga para los sistemas

de salud, se hace necesario trabajar en la disminución y prevención de esta problemática desde temprana edad.

- **Adolescencia**

Al considerar que el periodo de riesgo de inicio del consumo se concentra en la adolescencia y que, de acuerdo al VESPA, entre el 2016 y el 2017 los adolescentes son el segundo grupo con mayor notificación después de los jóvenes con un 35,6% en el 2016 y 26,9% en el 2017. Se define como prioridad para el momento de curso de vida adolescencia el consumo de sustancias psicoactivas para la localidad de Bosa, la cual, durante el año 2016, ocupó el quinto lugar en la notificación de consumo de SPA con 913 eventos y 8,8%. El promedio de inicio de consumo fue de 13 años y las principales drogas de inicio fueron el alcohol y el tabaco, ambas lícitas, mientras que la marihuana y el alcohol son las drogas de mayor impacto, es decir las que generan mayor daño.

Dentro de los factores que se encuentran asociados al consumo se tienen diversos factores biológicos, psicológicos y socioculturales, como es el caso de la violencia intrafamiliar, la presión de pares y entornos de consumo de SPA, lo que es importante para determinar las acciones a desarrollar y entender el consumo como una problemática de salud mental, que actualmente no tiene intervenciones de impacto en los planes de beneficios, que logren mitigar esta problemática, sumado a la normalización del consumo de sustancias lícitas, que se convierten en puerta de entrada para el consumo de las ilícitas, que entre otras, generan consecuencias que se ven de forma importante en la localidad como la violencia social, conductas delictivas (homicidios, robos), microtráfico, conducta suicida, desescolarización, entre otras.

- **Juventud**

En la localidad de Bosa, la violencia se evidencia de diversas maneras manifestada desde la violencia social hasta la intrafamiliar, por ejemplo, entre el 2012 y el 2016 la primera causa de mortalidad en los jóvenes son las causas externas, siendo la principal las agresiones. En este sentido, se determinó como prioridad en este momento del curso de vida la violencia contra la mujer, que, aunque no genera la mayor mortalidad si aporta un alto porcentaje de las notificaciones de violencia. La localidad de Bosa ocupa el segundo lugar en el número de notificaciones de violencia contra las jóvenes con 558 eventos que aportan 12,1% del total distrital y una tasa de notificación es de 78,7 eventos por cada 10.000 mujeres de 18 a 28 años, mayor que la reportada en Bogotá (64,1). El tipo de violencia que más se notifica en Bosa durante el 2017, después de la emocional que se reporta ante todos los casos, es la física con el 42,1%, seguido por la negligencia con 28,7%, donde las parejas y las exparejas se encuentran entre los principales agresores con 21% y 18%, respectivamente.

Esta prioridad se ve influenciada por otras problemáticas que se evidencia en la dinámica local como el consumo de sustancias psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas, las cuales facilitan la aparición de comportamientos violentos, que se expresan no sólo a nivel social sino a nivel intrafamiliar. a pesar de ser el principal tipo de violencia, la violencia física no es la única que se puede observar, sino también se presentan amenazas, intimidaciones, abuso sexual, que muchas veces no son denunciadas, por miedo o por la falta desconfianza en las instituciones que se ha generado por excesivos trámites en los procesos y la falta de respuestas oportunas, aunque se ha procurado a través de instituciones como la Casa de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, facilitar el acceso y la celeridad y de esta manera garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias, sin embargo, en muchos casos las mujeres no tiene acceso a la información pertinente, para acceder a estos servicios.

- **Adultez**

Para el año 2016, entre las tres primeras causas de mortalidad en los adultos, dos están relacionadas con la enfermedad crónica, en primer lugar se encuentran las neoplasias y en tercer lugar se ubican las enfermedades del sistema circulatorio, las cuales se han incrementado en los últimos cinco años, debido a lo anterior y a que las personas adultas, representan la mayoría de la población de la localidad y por tanto, la fuerza de trabajo, se considera una prioridad para este momento del curso de vida, que además de generar un impacto en la calidad de vida, que padecen esta patologías, implican un alto gasto en los servicios de salud. Considerando que la mayoría de estas enfermedades se pueden evitar a través de adopción de estilos de vida saludable, es importante promover el cuidado de la salud y mitigar factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, la inactividad física, el colesterol, la hipertensión y el consumo de alcohol.

- **Vejez**

Para la población mayor de 59 años de la localidad de Bosa, la principal causa de mortalidad durante el período de 2012 a 2016 se ubica en el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio que para el año 2016 tiene una tasa específica de 977,8 muertes por cada 100.000 mayores de 60 años, seguido por el grupo de las demás causas con 675,7 y las neoplasias con 544,9. Asimismo, para el año 2016 la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en los adultos mayores es de 252,1 muertes por cada 10.000 adultos mayores de 60 años, encontrándose por encima de la tasa a nivel del Distrito que se ubica en 238,8.

Estas enfermedades, además de generar la muerte, implican un deterioro en la salud y discapacidad que, sumado al deterioro físico natural dado por el paso del tiempo, genera pérdida de la independencia, la autonomía física y el abandono familiar. En la localidad de Bosa la tasa de incidencia en la notificación de discapacidad es de 86,2 personas por cada 10.000 adultos, siendo la más alta frente a los demás grupos de edad, aunque se encuentra por debajo del Distrito que registra 95,5. La probabilidad de sufrir alguna discapacidad aumenta

con los años, por lo cual se hace necesario prevenir las condiciones de salud asociadas con la discapacidad y mejorar la respuesta, en el caso que se presente la discapacidad así como las acciones para reducir el impacto de una enfermedad y de esta forma disminuir las complicaciones relacionadas y mejorar la calidad de vida de las personas al final de su vida.

6. RECOMENDACIONES

- Primera Infancia

Se sugiere un equipo de capacitación en la Subred que se encargue de instruir a todo el personal de salud de las Unidades de Servicio de la localidad, respecto al evento de interés, en este caso la sífilis congénita, garantizando que los profesionales sean competentes en el diagnóstico más certero, con base en elementos técnicos del examen, historia clínica y sintomatología, así como lo descrito en el protocolo del vigilancia. En estas capacitaciones debe participar médicos generales, especialistas, encargados del diagnóstico así como enfermeras y auxiliares de enfermería, que tienen a cargo la notificación. Estas capacitaciones deben ser frecuentes, además para la renovación de contrato se debe solicitar el entrenamiento en este tema del personal de salud en todos los niveles, es deber de la Subred garantizar que todo su personal esté capacitado. También se requieren jornadas masivas de pruebas de laboratorio a población específica (migrantes venezolanos, habitantes de calle, personas en ejercicio de la prostitución) de forma periódica, así como la garantía del acceso al tratamiento tanto a la mujer como a la pareja(s).

Por parte de las acciones extramurales, se requiere fortalecer el equipo de información educación y comunicación con unos profesionales específicos en la educación de enfermedades de transmisión sexual, enfocados en la sífilis, de tal forma que se puede tener el impacto en la reducción de casos, tal y como paso con el VIH y la campaña agresiva para prevenir la enfermedad por medio del cuidado.

- Infancia

Para el sobrepeso y obesidad se propone fortalecer las acciones de SAN (acciones educativas, actividad física, modelos de dietas nutricionales) con cuidadores y niños en jardines y colegios no solo públicos sino privados en articulación con la Secretaría de Educación, ampliando el área de influencia y el personal necesario para responder a la cobertura.

También se propone diseñar un programa desde la SDS que exija certificación al 100% de las tiendas escolares en venta de comida saludable de las Instituciones educativas abordadas, así como la inclusión de sesiones educativas con nutricionistas para la capacitación a padres y escolares sobre la interpretación de tablas nutricionales, necesidades nutricionales y las comidas que se deben evitar por su contenido, este programa también debe educar a los menores en las implicaciones que traen los malos hábitos alimentarios, así como la posibilidad de realizar un club cocina donde intervengan todos los integrantes de la familia, liderado por salud y patrocinado por la Secretaría de Educación.

Por otro lado, se hace necesario incluir el tamizaje nutricional de los escolares al menos una vez al año, iniciando en los colegios públicos e involucrar paulatinamente a los privados, de manera de tener una vigilancia del estado nutricional de los escolares que permita evaluar la efectividad de las acciones desarrolladas así como formular nuevas actividades en busca de la mejora de la salud nutricional de los niños y niñas.

- Adolescencia

Se sugiere la implementación del programa de familias fuertes de la Organización Panamericana de la Salud, adaptándolo en la localidad, cambiando el criterio de acceso de tal forma que puedan ingresar al programa tanto hogares sin ningún evento que afecte la salud mental, como aquellos hogares que ya tienen un riesgo inminente y este puede acrecentarse por las condiciones del hogar (más menores en el hogar, pobreza, consumo de SPA, entre otros), el programa debería priorizarse en UPZ Bosa Central, UPZ Porvenir, UPZ Tintal Sur y dirigido a familias con hijos entre 12 a 17 años que tengan o no un riesgo. Los indicadores deben ser de resultado y de impacto, lo que implica una perpetuación del programa en el tiempo, además debe garantizar las sesiones necesarias a las familias en los tiempos estipulados así como su adherencia, ya que no siempre el tratamiento es el mismo para todas las familias, las dinámicas sociales y la psiquis es compleja en todos los seres humanos, por lo que es importante los indicadores de impacto, que en tiempo permitan medir si se logró transformar la calidad de vida de la persona modificando sus determinantes.

Como el programa implica una corresponsabilidad de las familias, es importante que se brinden las condiciones necesarias para que la familia asista, puesto que el proceso puede perder su eficacia, si no se tiene asistencia o disponibilidad de alguno de los miembros. En estas condiciones deben estar el acceso geográfico, que el tiempo se pueda mediar con el trabajo o las demás ocupaciones si lo requiere, comprensión de las dinámicas de cada familia.

Se hace necesario fortalecer el CAD Delicias con capital humano competitivo que permita responder a la demanda de la población en temas relacionados no solo con consumo de SPA, conducta suicida, violencia intrafamiliar, sino con salud mental en general, esto también requiere de facilitar el acceso a los servicios puesto que se pierden oportunidades con los usuarios al no poderles prestar el servicio porque no está capitado. También se sugiere dar continuidad y fortalecer el proyecto de barras futboleras con capital humano de manera integral dando respuesta a las necesidades de los adolescentes.

- Juventud

Fortalece la línea purpura con una plataforma web que permita la misma asesoría, pero por medios de comunicación diferente a través de mensajes por redes sociales, llamadas en las

páginas de internet, entre otros. Además, se sugiere un equipo de capacitación en la Subred que se encargue de capacitar a todo el personal de salud respecto al evento de interés, en este caso violencia de género, de tal forma que sean expertos en la detección, referencia y contrarreferencia de mujeres y hombres en situación de violencia. En el equipo extramural también se hace necesario un equipo de capacitación, pero dirigido a la comunidad, éste deberá asistir a demanda a todos los grupos comunitarios y a las instituciones locales que requieran capacitación a las personas para evitar las violencias desde la infancia a través de las pautas de crianza o para denunciar cualquier caso. Esta prioridad puede ser cobijada por la estrategia de familias fuertes que se propone en la adolescencia.

Incluir en los cursos de preparación para la maternidad y paternidad en las unidades de servicio de salud en donde se oferten, el tema de prevención de violencias de manera que se pueda llegar a los padres y madres que asisten para que logren prevenir, identificar y fortalecer la denuncia ante situaciones de violencia, especialmente a nivel intrafamiliar. Asimismo, se debe promover la asistencia permanente y oportuna a estos cursos de manera que a todas las gestantes captadas que asisten a controles se les monitoree la asistencia a este curso.

- **Adultez**

Diseñar e implementar el programa “Cocinando, ando” en articulación con el programa de crónicos que se realiza a través de las EAPB, que consiste en la educación sobre manipulación de alimentos, interpretación de tablas nutricionales, formas saludables para preparar comida y recetas para la vida (serie de menús con alimentos ricos en nutrientes). Además, se propone dar incentivos (capacitaciones, jornadas de salud, certificaciones) a las empresas públicas y privadas de la localidad, que promuevan actividad física a través de torneos periódicos en sus instituciones.

Así mismo, se sugiere fortalecer la estrategia de corazón a corazón por medio de la vinculación de un profesional en nutrición y el seguimiento a las personas captadas en las USS desde el espacio vivienda como brazo operativo de la estrategia, lo que implica que las intervenciones del espacio vivienda no solo se hagan desde la notificación que se hace desde a salud pública, sino que debe incluir otras formas de captación y articularlo con la estrategia de agroecología comunitaria en liderazgo de la Subred Sur Occidente, con apoyo de la Secretaría de Ambiente y el Jardín Botánico.

En el programa a crónicos, se hace necesario crear una estrategia “juntos lo hacemos” que vaya dirigida a las redes de apoyo del paciente con cáncer de tal forma que se capacite sobre los cuidados, las alertas, los estados emocionales y la adecuación del ambiente para mejorar la calidad de vida del usuario y la de su familia.

Realizar en los parques biosaludables jornadas de actividad física lideradas por un educador físico o entrenador de manera que se brinden herramientas para la adecuada utilización de estos espacios, identificando horarios de mayor uso por parte de la comunidad, de manera que se pueda llegar a un número importante de beneficiarios de este servicio.

- Vejez

Se propone aumentar los equipos de RBC, con el fin de apoyar a las personas en condición de discapacidad en su vivienda para mejorar la inclusión del adulto en el espacio de la vivienda, mejorando la ubicación de los enceres en la casa y posibles adaptaciones que le permitan desplazarse en su lugar de residencia (proyecto UEL; programas, etc.).

Desde el PIC se debe garantizar el acompañamiento en terapia física, nutricional y salud mental, por medio de un programa para esta población, que incluya la orientación en la adecuación de la vivienda para la movilidad y el acceso a la persona en condición de discapacidad y el fortalecimiento de capacidades, educación en salud a los cuidadores y su entorno familiar, debe dirigirse la intervención a familias con personas mayores en condición de discapacidad. Por último, se recomienda diseñar e implementar el programa “Hoy por ti, mañana por mí” dirigido a cuidadores que consiste en el reconocimiento del cuidador a través de incentivos académicos, monetarios y en especie, así como la capacitación en el tratamiento y cuidado de personas en condición de discapacidad.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría Distrital de Salud. Guía Técnica del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. 2017.
2. Secretaría Distrital de Salud. Guía para elaboración del plan de análisis. Bogotá; 2017.
3. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Integración Social. Caja de Herramientas Gestión Social Integral. 2009.
4. Bogotá AMDE, Francisco G, Urrego P, Enrique A, Rojas C, Fergusson G. Avances y Retos de Bogotá en la Gestión Social de Políticas Públicas. 2016
5. Alcaldía Local de Bosa, Comisión Ambiental Local MAL. Plan Ambiental Local Bosa 2017-2020 [Internet]. 2017. Disponible en: [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/palbosa2017a2020\(2\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/palbosa2017a2020(2).pdf)
6. Secretaría Distrital de Ambiente-Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá. Informe Anual de Calidad del Aire de Bogotá 2016. 2016.
7. Alcaldía Mayor de Bogotá. Documento Técnico Línea de Intervención Aire, Ruido y Radiación Electromagnética [Internet]. Bogotá; 2011 [citado 2018 Dec 18]. Disponible en: http://ambientebogota.gov.co/c/document_library/get_file?uuid=969c5996-6f71-4c1d-a3b9-504dcc2f706a&groupId=55886
8. Organización Mundial de la Salud. Eliminación Mundial de la Sífilis Congénita: fundamentos y estrategia para la acción. Ginebra; 2008.
9. Subred Sur Occidente - Vigilancia en Salud Pública. Comportamiento Sífilis Congénita, Subred Sur Occidente 2016. 2017. p. 5.
10. Equipo Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad Subred Sur Occidente. Unidad de análisis Transmisión vertical de VIH, Sífilis y Hepatitis B. Bogotá; 2017.
11. Equipo Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad Subred Sur Occidente. Unidad de Análisis de Indicadores Prioritarios. Bogotá; 2017.
12. Pinilla E, Orozco L, Camargo F, Alfonso E, Peña E, Villabona N, et al. Lactancia materna ineficaz. Salud UIS [Internet]. 2011 [citado 2018 Sep 28];43(3):271–9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3961243>
13. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas [Internet]. Ginebra; 2003 [citado 2018 Sep 28]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf
14. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Ginebra; 2003.
15. Lopez TH, Fernández JR, Jimenez A, Mora C, Escarpa D, Pérez MT. La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. Psychosoc Interv [Internet]. 2009;18(3):199–212. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300002
16. Observatorio de Drogas de Colombia. Reporte de drogas de Colombia [Internet]. Bogotá D.C.; 2017 [citado 2018 Aug 22]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf
17. Medina-Pérez OA, Rubio LA. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo. Rev Colomb Psiquiatr. 2012;41(3):550–61.

18. González C, Juárez CE, Montejó L, Osejera G, Wagner F, Jiménez A. Ideación suicida y su asociación con drogas. Acta Univ [Internet]. 2015;25(29–34). Disponible en: www.actauniversitaria.ugto.mx/index.php/acta/article/download/862/pdf_88
19. Rohlf I, Valls-Llobet C. Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. Gac Sanit [Internet]. 2003 [citado 2018 Oct 5];17:263–5. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/ga/2003.v17n4/263-265/es>
20. Saldívar C, Vizcarra B. Consumo de Drogas y Violencia en el Noviazgo en Estudiantes Universitarios del Sur de Chile. Ter psicológica [Internet]. 2012 Jul [citado 2018 Oct 5];30(2):43–9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
21. Expósito F. Violencia de género. Mente y Cereb [Internet]. 2011 [citado 2018 Oct 5];48:20–5. Disponible en: <http://ezetz.moduloauzolan.org/files/2014/04/maltrato.pdf>
22. García-Moreno C, Guedes A, Knerr W. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Ops. 2013;7.
23. Figueiredo MC, Barbará LS, Missel MH, Santos MM dos, Vacca V. Relación entre enfermedades crónicas y salud-enfermedad bucal en adultos brasileños de bajo nivel socioeconómico. Odontoestomatología [Internet]. 2013 [citado 2018 Oct 5];15(21):20–9. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000100004
24. Universidad de la República de Paraguay. Facultad de odontología. Salud bucal y enfermedades no transmisibles [Internet]. Asunción Paraguay; Disponible en: eva.fcea.edu.uy/pluginfile.php/.../0/ProyectoCSIC_SaludBucal_sesion8.pdf
25. Palencia Sánchez F. Impacto de la enfermedad crónica en los trabajadores en Colombia [Internet]. Bogotá; [citado 2018 Oct 5]. Disponible en: http://investigacion.bogota.unal.edu.co/fileadmin/recursos/direcciones/investigacion_bogota/documentos/enid/2015/memorias2015/ciencias_medicas_salud/impacto_de_la_enfermedad_cronica_en_los_tr.pdf
26. European Network for Workplace Health Promotion. La promoción de un trabajo saludable para los trabajadores con enfermedades crónicas: Guía para una buena práctica [Internet]. 2012 [citado 2018 Oct 5]. Disponible en: www.enwhp.org
27. MSD salud. El paciente crónico [Internet]. [citado 2018 Oct 8]. Disponible en: https://www.msdsalud.es/Assets/docs/dossier_msd/el-paciente-cronico.pdf
28. Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Discapacidad en Adultos Mayores [Internet]. [citado 2018 Oct 8]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conadis/articulos/discapacidad-en-adultos-mayores?idiom=es>
29. Mejía M y col. Discapacidad en el adulto mayor: características y factores relevantes. Rev Fac Ciencias Médicas [Internet]. 2014 [citado 2018 Oct 8];(Julio-Diciembre). Disponible en: http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Articulo2_RFCMVol11-2-2014-5.Revision.Discapacidad.Adulto.Mayor.pdf
30. Organización Panamericana de la Salud. El envejecimiento y la discapacidad [Internet]. 2011 [citado 2018 Oct 8]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Disabilities-Spanish.pdf>