

**HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE**

**EQUIPO ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD**

**DIAGNÓSTICO LOCAL 2014**

**ABRIL 12 DE 2016**

## **CRÉDITOS**

### **Alcalde Mayor de Bogotá, D.C.**

Gustavo Petro Urrego

### **Secretario Distrital de Salud**

Mauricio Bustamante

### **Director de Salud Pública**

Jaime Hernán Urrego Rodríguez

### **Vigilancia en Salud Pública**

Luz Adriana Zuluaga

### **Análisis de Situación de Salud**

Edizabeth Ramirez

### **Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.El Nivel E.S.E**

Gloria Libia Polanía Aguillón

Gerente

### **Subgerencia de Servicios Asistenciales**

Sandra María Bocarejo Hernández

### **Jefe Oficina Asesora de Planeación**

Viviana Gómez

### **Líder Territorios Saludables**

Johanna Torres

### **Equipo Técnico**

#### **ASIS**

Daniel Pinzón Rivas

Andrés Chitiva

Laura Gonzalez

Andrés Martinez

#### **Gestión local**

Andrea López

Diana Paez

Yancy Moreno

Maribel Cortés

Alejandra Cortés

Juan Pablo Saiz

Arturo Batista  
Lorena Perdomo  
Cristian Acero  
Miguel Angel Bohórquez  
Alexandra Hernández  
Diana Orozco  
Allisson Arcila  
Linda Katherine Valderrama  
Marcela Medina  
Maria Nelcy Chiguazuque  
Janeth Uribe

**Territorios Saludables**

Bernardo Castiblanco Torres  
Fernando Aponte

**Vigilancia Ambiental**

Dalia Londoño

**Vigilancia en Salud Pública**

Claudia Beltrán Beltrán  
Diana Forero  
Lina Barrera Barbosa  
Marisol Calixto  
Vilma Camacho  
Jairo González Martínez  
Hugo Rodríguez  
Elkin Vasquez  
Margarita Vargas

**Referentes de Transversalidades,  
Referentes de Promoción y Prevención  
Comunidad**

Grupos, Organizaciones, Comités, Mesas y Redes Locales

## Contenido

1. RELACION POBLACION, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD.....	14
1.1 CONTEXTO TERRITORIAL.....	14
1.2 CONTEXTO SOCIOECONOMICO .....	30
1.3 PRIORIZACIÓN DE UPZ CRÍTICAS.....	35
2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS.....	39
1.4 DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE LIBRE DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....	54
2.1 DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL.....	57
2.2 DIMENSIÓN DERECHOS SALUD Y AMBITO LABORAL .....	62
2.3 DIMENSIÓN DERECHOS SEXUALES Y SEXUALIDAD.....	64
2.4 DIMENSION DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES.....	71
2.5 DIMENSIÓN SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES .....	77
2.6 DIMENSION SALUD AMBIENTAL.....	77
3. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD.....	82
3.1 DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL.....	82
3.2 DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES 86	
3.3 DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL .....	88
3.4 DIMENSIÓN DERECHOS SEXUALES Y SEXUALIDAD.....	89
3.5 DIMENSIÓN SALUD Y ÁMBITO LABORAL.....	90

## Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de vías de la localidad de Bosa. 2014.....	22
Tabla 2. Distancias y Tiempos de recorrido de Bosa a Santafé y Chapinero. ....	24
Tabla 3. Distribución de la población por sexo y etapa de ciclo vital. 2014.....	28
Tabla 4. Diez primeras causas de mortalidad general y por grupo de edad. Localidad séptima de Bosa. 2012 .....	41
Tabla 5. Años de vida potencialmente perdidos .....	44
Tabla 6. Diez primeras causas de morbilidad por consulta, hospitalización y urgencias por grupos de edad CIE-10. Localidad de Bosa, año 2014.....	48
Tabla 7. Logros del proyecto de vigilancia intensificada “Subsistema Distrital para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo” – Años 2013 y 2014 .....	79

## Índice de Gráficas

Gráfica 1. Pirámide Poblacional. Localidad de Bosa, 2005 – 2014 .....	27
Gráfica 2. Tendencia de mortalidad infantil. Localidad de Bosa 2004 - 2014.....	45
Gráfica 3. Tendencia de mortalidad en menores de 5 años. Localidad de Bosa 2004 - 2014 .....	46
Gráfica 4. Cobertura de vacunación triple viral, Localidad de Bosa. 2004 a 2014.	55
Gráfica 5. Cobertura de vacunación terceras dosis de Polio, Localidad de Bosa. 2004 a 2014 .....	55
Gráfica 6. Tendencia de mortalidad por accidentes de tránsito Localidad de Bosa 2008 - 2012 .....	60
Gráfica 7. Tendencia de Suicidios Localidad de Bosa 2008 – 2012 .....	61
Gráfica 8. Tendencia de la Razón de Mortalidad Materna comparativo Bosa- Bogotá. 2004 – 2014.....	67
Gráfica 9. Tendencia de mortalidad por Diabetes Localidad de Bosa 2008 - 2012	72
Gráfica 10. Tendencia de mortalidad por cáncer de próstata Localidad de Bosa 2008 - 2012 .....	72
Gráfica 11. Tendencia de mortalidad por cáncer de mama Localidad de Bosa 2008 - 2012 .....	73
Gráfica 12. Tendencia de mortalidad por cáncer de útero Localidad de Bosa 2008 - 2012 .....	74
Gráfica 13. Tendencia de mortalidad por cáncer de estómago Localidad de Bosa 2008 - 2012 .....	74
Gráfica 14. Tendencia de mortalidad por Enfermedad Cerebro Vascular. Localidad de Bosa 2008 - 2012.....	75

## **INTRODUCCIÓN**

El Diagnóstico Local con Participación Social 2014, es un esfuerzo conjunto en el cual participan la comunidad y las instituciones locales, encaminado a visibilizar la realidad que se vive en la localidad de Bosa, desde un marco de condicionantes sociales (estructurales, particulares y singulares) que determinan la calidad de vida y salud de la comunidad. El documento se construye con los aportes de la comunidad, los equipos de salud de la institución y otras instituciones a nivel local.

Como insumos importantes para éste proceso se contó con los informes de cada uno de los componentes del área de Salud Pública (Vigilancia en Salud Pública, Gestión y Análisis de Políticas). La información recolectada por medio de las unidades de análisis en los diferentes espacios (Sala Situacional, COVE, COVECOM e informes de indicadores), ejercicios de cartografía social realizados con el apoyo de Participación Social y los relatos de experiencias de vida de la comunidad, permitió contar con miradas o perspectivas diferentes (instituciones y la de la comunidad) que enriquecen sin duda el análisis que se propone en el documento. Se identifican las necesidades institucionales y comunitarias de la localidad con miras a unificar esfuerzos encaminados a mejorar las condiciones de vida y de desarrollo de las y los habitantes. Con ello se espera aportar a la toma de decisiones del nuevo modelo en salud implementado a nivel distrital y por ende en la localidad, así como en el Gobierno Local en donde el centro de la planeación son las personas que habitan en las UPZ (Unidad de Planeación Zonal).

El Diagnóstico con Participación Social 2014 está compuesto por los siguientes capítulos: 1. Relación población, territorio, ambiente y sociedad, 2. Análisis de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las dimensiones prioritarias, 3. Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad.

## **MARCO CONCEPTUAL**

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948, la salud es el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”<sup>1</sup>, definición que ha sido objeto de múltiples críticas y revisiones relacionadas con su carácter estático y lineal que desconoce la historia como un elemento de peso en el origen y mantenimiento de las enfermedades en los pueblos.

La transición en la concepción del proceso salud – enfermedad tiene implicaciones en la forma en que se realiza la atención a los individuos, las familias y las comunidades, de esta manera, generan cambios en la mirada de la salud por parte del equipo de atención, que implican cambios sustanciales en el modo de abordar los problemas.

El enfoque de la determinación social asume que las relaciones causa efecto no son las únicas existentes para explicar el proceso salud - enfermedad y que las condiciones que determinan éste se encuentran en interacción (pueden ser causas, efectos o ambas cosas). Integra un componente histórico que ubica en el contexto al individuo, lo que explica cómo pueden aparecer ciertas enfermedades con mayor prevalencia en ciertas poblaciones, lugares y en momentos particulares del tiempo.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud plantea tres dimensiones diferentes (singular, particular y estructural) de la siguiente manera: La dimensión singular, comprende el concepto de salud desde lo individual, es decir que la cotidianidad de los sujetos, los genotipos y fenotipos condicionan su estado de salud<sup>2</sup>. Por otra parte, la dimensión particular considera la relación entre salud y condiciones de vida provenientes de los grupos sociales en los que se inserta el individuo<sup>2</sup>. Finalmente, la dimensión estructural refiere que el proceso de salud se desarrolla en un espacio de orden superior, que determina las relaciones entre la sociedad, la cultura y el estado con los individuos que viven en él.

### **Enfoque poblacional**

El enfoque poblacional hace referencia al tránsito de la vida, desde la gestación hasta la muerte. Es un proceso complejo e interdependiente, donde se reconocen cuatro dimensiones: desarrollo físico, desarrollo cognitivo, desarrollo emocional y desarrollo social, en permanente cambio y adaptación a las transformaciones del medio, teniendo en cuenta la edad (que responde tanto a relojes biológicos como a relojes sociales y los contextos social, político, cultural, histórico y económico) con el fin de comprender el desarrollo de las personas.

El ciclo vital no es sinónimo de grupos etarios; por lo tanto, las edades no funcionan como marcadores definitivos, sino como referentes generales. El ciclo vital es entonces “un conjunto de momentos en la historia de una persona dentro de un contexto, cuyo contenido consiste en las potencialidades, roles y

expectativas sociales que atañen a un momento de la maduración, crecimiento y desarrollo<sup>3</sup>.

### **Enfoque Diferencial**

El enfoque diferencial tiene un hilo conductor entre los derechos humanos de las personas según sus especificidades étnicas, culturales, sociales, de género o generación, de las situaciones de vulnerabilidad que enfrentan para ejercer estos derechos frente al resto de la sociedad y de las capacidades de resistencia y respuesta social de sus propias comunidades.

Según Donny Meertens, el enfoque diferencial es un “método de análisis que toma en cuenta las diversidades e inequidades en nuestra realidad con el propósito de brindar una adecuada atención y protección de los derechos. Emplea un análisis de la realidad que pretende hacer visibles las diferentes formas de discriminación contra aquellas poblaciones consideradas diferentes<sup>4</sup>”.

### **Perspectiva de Género**

El género surge como lo menciona Rosa Cobo Bedía<sup>5</sup> de “la idea que lo femenino y lo masculino no son hechos naturales o biológicos si no de construcciones culturales”. Esta aclaración se da para separar el orden biológico excluyente en el que se ha enmarcado el cuerpo de la mujer, únicamente como creadora de vida. El sexo, utilizado indistintamente desde su connotación biológica para designar el género de mujeres y hombres se construye socialmente y explica “el sistema de dominación y subordinación masculina”, como un ejercicio pleno de poder que además se articula o entrelaza estrechamente con otras desigualdades sociales en las que las mujeres también están presentes como son las relativas a la edad, la etnia, el estrato socioeconómico o la clase social, las orientaciones sexuales entre otras; construidas desde un sistema patriarcal (blanco-católico-heterosexual) que determina el orden social.

### **Enfoque Territorial**

El territorio corresponde a un espacio social, un producto social históricamente constituido por la dinámica de los modos de producción. En éste contexto, los cambios del espacio obedecen a los ajustes que cada modo de producción debe realizar para organizarlo, con el objeto de garantizar su propia reproducción, es decir la organización espacio temporal es creada y recreada para adaptarla a las condiciones del modo de producción, en un escenario de construcción política y confrontación social en el que se involucran las diferencias culturales, de clase, religión, política y de género.

### **Enfoque de Derechos**

La concepción positiva de la salud implica asegurar el goce de los derechos que todas las personas tienen. Tener un enfoque de derechos implica que se reconocen a las personas en su calidad de ciudadanos y ciudadanas, con

autonomía y capacidad para decidir sobre su propia existencia. El enfoque de derechos da igual estatus a la reivindicación de derechos vulnerados y a la promoción, prevención y resolución de problemas sanitarios.

## MARCO METODOLÓGICO

La construcción de éste documento, representa un proceso investigativo de largo alcance, la creación de una herramienta estratégica para la toma de decisiones en la localidad que se utiliza para explicar las relaciones que se dan entre unas condiciones de salud (entendida como posibilidad efectiva para el desarrollo pleno) y las características biológicas, sociales, geográficas, económicas e históricas que configuran un panorama para cada población.

### **Paradigma epistemológico**

El ejercicio metodológico se sustenta en una epistemología que sirva como punto de partida para abordar el problema que se investiga y que oriente la información que se quiere analizar. El paradigma epistemológico supone asumir una idea de verdad particular sobre la cual se accederá al conocimiento para desde allí explicar la lógica de los resultados.

El paradigma socio-crítico de acuerdo con Arnal<sup>6</sup> adopta la idea de que la teoría crítica es una ciencia social que no es puramente empírica ni sólo interpretativa; sus contribuciones se originan, “de los estudios comunitarios y de la investigación participante”. También éste paradigma tiene como objetivo promover una iniciativa de una posible transformación que aporte más adelante a cambios más generalizados, dando respuestas a problemas específicos presentes en el seno de las comunidades<sup>7</sup>.

La teoría crítica dentro de éste ejercicio de diagnóstico se convierte en una forma de explicar y ayudar a fomentar nuevas prácticas de reflexión y de cambio en relación a una problemática que como ya se ha venido mencionando en la mayoría de las ocasiones es invisibilizada. De esta forma, se persigue la emancipación del ser humano que hace parte de la liberación de condiciones que no le permiten hacer parte de un contrato social, generando a su vez un análisis crítico de la sociedad, en el cual deben transformarse pensamientos y repensar la condición de las poblaciones.

### **Enfoque**

El desarrollo de éste documento se enfoca desde una perspectiva cualitativa, que según Estrada<sup>8</sup>, es un componente de desarrollos paradigmáticos para las disciplinas psicosociales que tiene su propia historia, la cual permite comprender cómo su desarrollo ha configurado momentos distintos de una propuesta que se viene transformando significativamente en el marco de un complejo campo de discursos epistemológicos.

Éste enfoque se centra en la lógica interna de la realidad que analiza, para el caso de la localidad de Bosa, sus comunidades y lo que viven; por ello, permite comprender como se vive la salud desde su marco de referencia, posibilitando la flexibilidad y la ruptura de perspectivas y predisposiciones en relación a la pertenencia a la localidad. Así mismo, otro de los rasgos que determinan la

importancia del enfoque es que es abierto, por ende no excluye la recolección, el análisis de la información y los puntos de vista diferentes. Además considera que todos los escenarios y personas son objetos de estudio<sup>9</sup>. En éste sentido, la construcción del documento sin dejar su perspectiva cualitativa para la comprensión de los procesos reconoce e incorpora información estadística o epidemiológica de la localidad que a partir de la perspectiva de la determinación social se integra como elemento central para los análisis y explicaciones que allí se construyen.

## **Diseño**

De acuerdo a los lineamientos de la Estrategia Pedagógica para la Implementación de la Guía Metodológica de Análisis de Situación de Salud, éste componente es un insumo fundamental en la formulación y monitoreo de políticas en salud pública, porque se basa en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política. Lo anterior permite conocer de una manera más cercana el perfil salud – enfermedad de una población, facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud<sup>10</sup>.

El marco interpretativo o diseño de éste ejercicio responde al ajuste del ASIS a las particularidades locales y los ejercicios de cartografía social y lectura de realidades tal como se explica en las fichas metodológicas para el desarrollo del Diagnóstico Local que se vienen actualizando desde el año 1998.

## **Método**

La realización del diagnóstico de salud de una comunidad requiere la utilización de una metodología de trabajo, en gran medida coincidente con la de un proyecto de investigación. De acuerdo a Calero<sup>11</sup>, el desarrollo metodológico de los diagnósticos se puede resumir en cinco fases:

### **Fase preparatoria**

Incluye actividades como: definir el ámbito de la comunidad a estudiar (geográfica y demográficamente), formular los objetivos que se desean alcanzar con el trabajo, seleccionar los instrumentos de medida, decidir los métodos de recogida de datos más apropiados, elaborar protocolos, seleccionar e identificar las fuentes de información, prever los recursos materiales y humanos necesarios, etc.

### **Fase de recolección de datos**

Variará dependiendo del tipo de información a recabar y del método que se utilice para ello. Es, sin duda, la parte más laboriosa del proceso y en la que se suele emplear más tiempo. En esta fase se llevan a cabo las actividades de observación directa, las entrevistas, los trabajos de grupo, la consulta de registros y documentos, la realización de encuestas, etc. Cada una de ellas de acuerdo con

su propio protocolo. Para el ejercicio metodológico se utiliza el ASIS y la captura de la información epidemiológica y sectorial de la localidad tanto del orden distrital como del local.

### **Fase de tratamiento y elaboración**

En esta fase se trata de transformar los datos en información. Los cuantitativos se convertirán en información comprensible mediante apoyo informático y tratamiento estadístico, elaborando indicadores y representándolos gráficamente para una mejor lectura. Los datos cualitativos, por su parte, requerirán de un procedimiento basado en el manejo sistemático, en la búsqueda reflexiva y en el esfuerzo de síntesis para descubrir lo realmente importante y enunciarlo con claridad.

### **Fase de análisis e interpretación**

A la vista de toda la información disponible, se trata, en esta fase, de analizarla e interpretarla, de establecer relaciones causales, de valorar diferencias entre la situación real y la deseada, de comparar los resultados con los de otras comunidades de referencia, etc. En éste apartado se realizan los análisis de la determinación de las relaciones territorio - población, ambiente - territorio, producción y consumo y la profundización del análisis territorial.

### **Fase de conclusiones**

Consiste, básicamente, en una descripción de la situación de salud de la comunidad (con el enunciado de sus principales problemas y necesidades), así como de los factores que influyen positiva o negativamente sobre la misma para, a partir de dichas conclusiones, establecer prioridades y formular objetivos de mejora. Éste apartado incluye el análisis de la respuesta y los temas generadores y propuestas.

# 1. RELACION POBLACION, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD

## 1.1 CONTEXTO TERRITORIAL

Hasta mediados del siglo XX, Bosa era un municipio compuesto por cinco barrios y habitado por no más de 20.000 personas dedicadas en gran parte a la agricultura de subsistencia. Los productos agrícolas que se cultivaban eran principalmente, la cebada, el trigo, la papa y la arveja. Cada familia tenía un terreno en donde construía una o varias viviendas hechas de bahareque y techo de paja extraída del trigo y la cebada. A finales de la década de los cuarenta en el periodo de violencia que desató el asesinato del líder liberal Jorge Eliécer Gaitán, tuvo lugar un movimiento de inmigración campesina de grandes proporciones a los centros urbanos en donde los territorios de municipios cercanos a las capitales, como es el caso de Bosa, fueron el nuevo lugar de habitación para esas familias desplazadas por la violencia que llegaban a la ciudad en busca de mejores oportunidades de vida, por su ubicación periférica como puerta a la capital<sup>12</sup>.

A partir de 1954, por medio del Decreto 3640 expedido durante el gobierno del general Gustavo Rojas Pinilla, Bosa es anexada al Distrito Especial de Bogotá. Se da inicio al proceso de parcelación y venta de los pequeños minifundios con miras a satisfacer económicamente lo que ya la agricultura a pequeña escala no lograba. En medio de campos de hortalizas surgen construcciones de nuevos pobladores, enmarcando un “estilo” propio de la localidad. Así mismo, el Estado y particulares negociaron parte de estos predios con miras a intermediar en el proceso de reubicación industrial y con ello hacerse a unos recursos. Algunos de estos lotes no lograron ser ocupados, lo que los convirtió en el escenario de los movimientos “viviendistas” en las décadas de los setentas y ochentas, quienes a través de posesiones “ilegales” e “ilegítimas”, lograron la consolidación de parte de los actuales barrios.

La llegada acelerada de esa gran cantidad de población al territorio, contribuyó a partir de 1960, con la generación de organizaciones comunitarias que inicialmente tuvieron en las comunidades religiosas y en los núcleos juveniles sus principales animadores. Entre 1970 y 1985, Bosa fue escenario de encuentros cívicos, indígenas, religiosos, juveniles, comunales y artísticos de orden local, distrital, departamental y nacional. Desde 1985 hasta la actualidad, la organización y participación ciudadana se ha manifestado con mayor intensidad a través de procesos culturales artísticos y juveniles surgidos de las relaciones barriales, vecinales y estudiantiles.

El surgimiento del movimiento “viviendista” sólo es posible comprenderlo en relación con la clase obrera y los migrantes de “La Violencia” en áreas rurales, quienes por sus perfiles ocupacionales, difícilmente se incorporan al régimen laboral urbano. Otra cara del fenómeno, consiste en la reubicación de población distrital y local marginal mediante el desarrollo de megaproyectos como Metrovivienda, los cuáles han generado nuevos conflictos territoriales, así como el

surgimiento de nuevas problemáticas, no sólo en los reubicados sino en algunos de los “raizales” de la localidad.

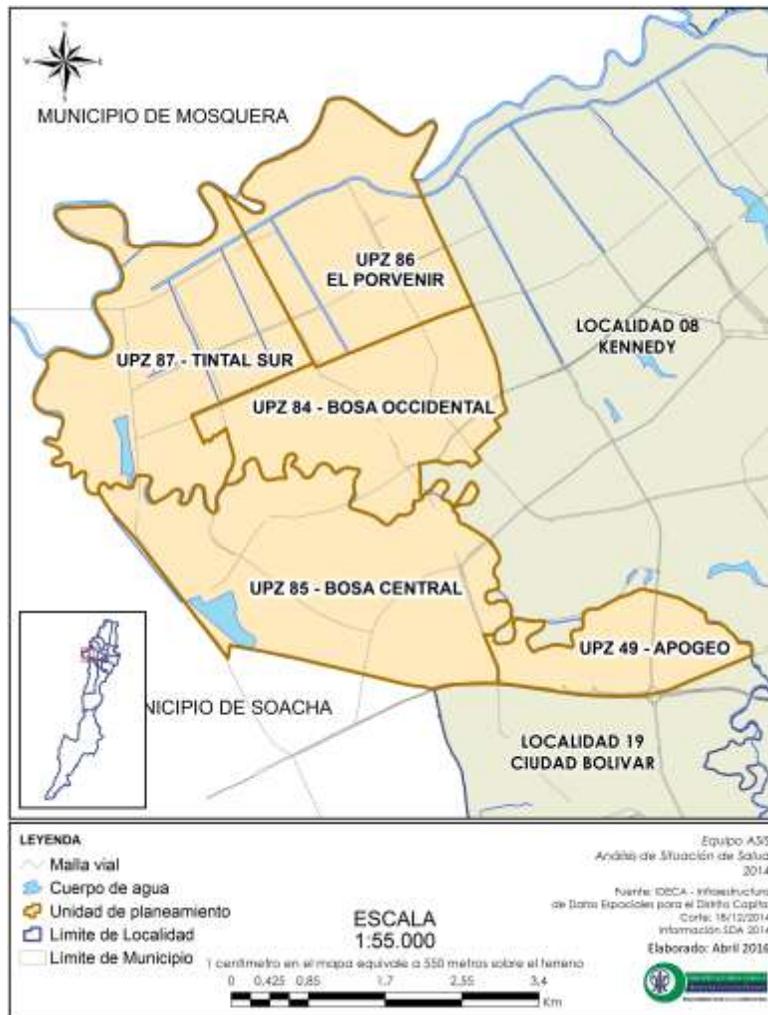
De acuerdo con el Plan de Ordenamiento Territorial POT<sup>13</sup>, adoptado en el Decreto 364 del 26 de Agosto de 2013, la localidad se encuentra compuesta por 5 Unidades de Planeación Zonal (UPZ): UPZ 85 Central, UPZ 84 Occidental, UPZ 86 Porvenir, UPZ 49 Apogeo, UPZ 87 Tintal Sur, las cuales se distribuyen en 373 barrios legalizados de acuerdo a la Secretaría Integración. La localidad tiene 2.395,59 hectáreas, en donde la UPZ de mayor extensión es la Central, la cual abarca el 29,9% (n=716,3 ha), seguida por Tintal Sur con el 24,10% (577,3 ha), Porvenir con el 19,26% (461.4 ha), Bosa Occidental con el 17,98% (430,7 ha) y la de menor extensión es Apogeo representando el 8,7% (n=208,4 ha). Existen 1.932,5 ha., que corresponden a suelo urbano y las restantes 460,8 ha., se configuran como suelo de expansión urbana (Mapa 1).

Una de las grandes dificultades presentes en el POT, corresponde a que ninguna de las unidades anteriores se encuentra tipificada como rural, pese a que en los sectores de Porvenir y Tintal Sur existen predios para uso agropecuario, los cuales han sido declarados como terrenos de expansión y uso urbanizable. Por lo anterior, se sugiere la definición de zonas de transición, con el fin de prevenir conflictos sociales a corto, mediano y largo plazo.

La localidad de Bosa cuenta con una extensión total de 2.395,59 hectáreas, está ubicada al sur occidente del distrito capital y es la localidad séptima del distrito conformada por 5 Unidades de Planeación Zonal (UPZ) así: UPZ 49 Apogeo, UPZ 84 Bosa Occidental, UPZ 85 Bosa Central, UPZ 86 El Porvenir y UPZ 87 Tintal Sur.

Se encuentra delimitada al norte por el río Bogotá, el río Tunjuelito, el municipio de Soacha (Cundinamarca) y con la localidad de Kennedy, al sur con la autopista Sur, con la Localidad de Ciudad Bolívar y el municipio de Soacha (Cundinamarca). Al oriente con el río Tunjuelo y con la localidad de Kennedy y al occidente con el río Bogotá y con los municipios de Soacha y Mosquera (Cundinamarca) (Mapa 1).

Mapa 1. Distribución por UPZ. Localidad de Bosa



Fuente: Archivo cartográfico Hospital Pablo VI Bosa. 2014

## Altitud y Relieve

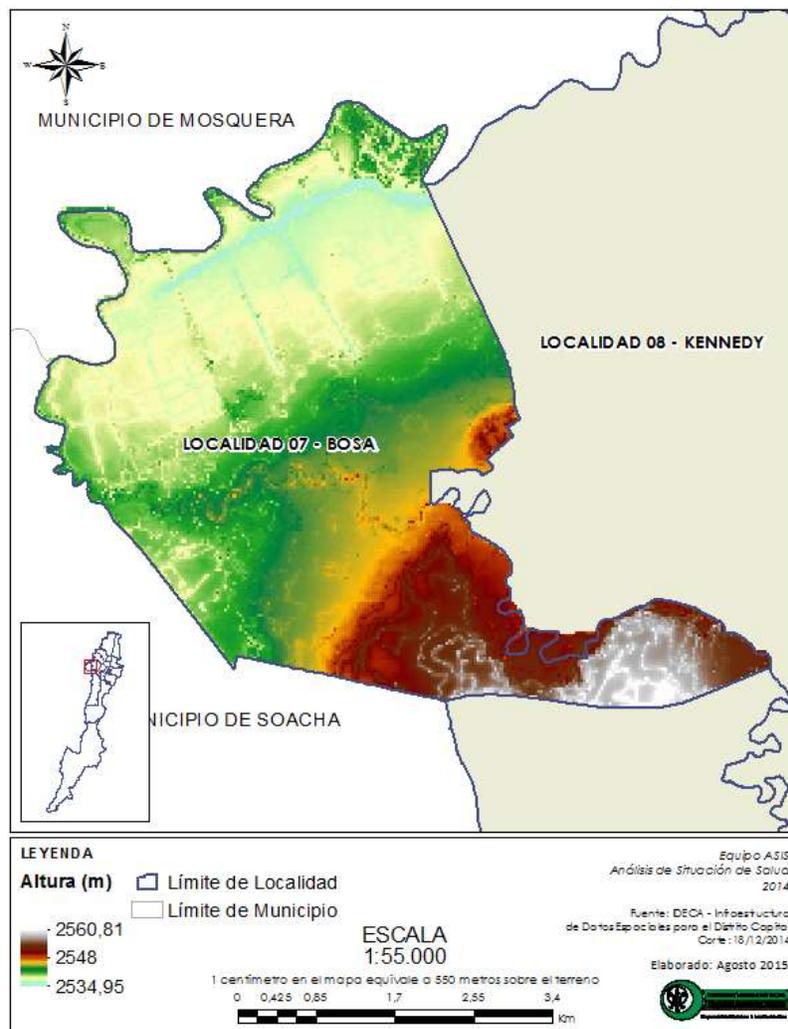
El relieve de la localidad es plano con una altura promedio 2.548 metros sobre el nivel del mar, encontrando una altura máxima de 2.560,81 metros sobre el nivel del mar y una mínima de 2.534,95.

Las zonas de mayor elevación en la localidad se encuentran en la UPZ 49 Apogeo y la zona comercial de la UPZ 85 Bosa Central, comprendida en esta última UPZ de sur a norte desde la autopista sur hasta la ronda del río Tunjuelito en el barrio Clarelandia y de oriente a occidente desde la ronda del río Tunjuelito (frontera física con la localidad de Kennedy) hasta los barrios de Bosa centro, Pablo VI, Piamonte y San Pablo I y II.

Las zonas de elevación intermedia se ubican en las zonas residenciales más antiguas de la UPZ 85 Bosa Central, comprendida desde los barrios Carbonnel y Antonia Santos al oriente hasta el Barrio el Toche al occidente y en toda la UPZ 84 Bosa Occidental.

Las zonas de menor elevación se ubican en las UPZ 86 Porvenir y 87 Tintal Sur, sin embargo se presenta una ligera depresión de menor cota en las vías de la Urbanización la Esperanza y el barrio san Diego ubicadas en la UPZ 85 Bosa Central (Mapa 2).

Mapa 2. Relieve y altitud. Localidad de Bosa 2014



Fuente: Archivo cartográfico equipo ASIS. Hospital Pablo VI Bosa

## Hidrografía

El sistema hidrográfico de la localidad (Mapa 3), se encuentra conformado por las cuencas del río Tunjuelo y El Tintal, así como por las Chucuas (humedales). Además existen una serie de canales que desembocan al río Bogotá como lo son: los canales Tintal III y IV, el canal Santa Isabel y el canal Britalia. A continuación se describen algunos de los componentes que conforman el sistema hidrográfico:

- **Cuenca del río Tunjuelo:** Conformada por una zona alta rural y una zona baja, actualmente urbanizada, que se caracteriza por regímenes de alta pluviosidad que producen crecientes de gran magnitud.
- **Cuenca del Tintal:** Ubicada entre los ríos Fucha y Tunjuelo al occidente del perímetro de servicios hasta el río Bogotá. Recibe las aguas de las urbanizaciones localizadas al oriente de la futura Avenida Cundinamarca. De aquí hacen parte los canales Santa Isabel y Tintal 4 en la UPZ Occidental 84 y Canal Tintal III y 1º primera de Mayo en la UPZ Porvenir 86 que desembocan en el Canal Cundinamarca y posteriormente son bombeados por la estación de Gibraltar al río Bogotá.
- **Chucuas o humedales:** Se encuentran en las áreas más bajas, en algunas depresiones que permanecen inundadas, dando origen a pequeñas zonas pantanosas y encharcadas, que se observa particularmente en el área cercana a la desembocadura del río Tunjuelo y también en la zona sur occidental de la localidad, frente al barrio Manzanares, entre éste y la vereda San José, en donde se encuentra el Humedal de Potrero Grande<sup>14</sup>. Los humedales son característicos en la localidad y se deben a la presencia del río Bogotá y a la Sub-cuenca del río Soacha. Actualmente la localidad cuenta con dos humedales: la Tibanica y la Isla, siendo este último declarado biológicamente como humedal a través de la resolución 5735 de 2008 emitida por la Secretaría Distrital de Ambiente con una ocupación de 8.1 hectáreas e incorporado a la estructura ecológica principal del Distrito Capital por medio del acuerdo 577 emitido por el Concejo de Bogotá el 26 de diciembre de 2014, en el cual se define un polígono con el cual el humedal La Isla termina con una extensión de 7.75 hectáreas.

Mapa 3. Hidrografía. Localidad de Bosa 2014



Fuente: Archivo cartográfico equipo ASIS. Hospital Pablo VI Bosa

## Temperatura

Para la localidad de Bosa se vinculan las estaciones de monitoreo de calidad del aire denominadas, Kennedy, Cazucá y Sony localizadas en la periferia de la misma, registrando una temperatura promedio anual que se encuentra entre 13 y 14 °C.

## Precipitaciones

Con relación al número de días de lluvia, se podría describir que la zona Nororiente de la localidad presenta una incidencia de 175 días, en la zona Sur hacia la Autopista, se registran valores en 173 días para el año 2008, la observación del comportamiento en lo local permite enunciar que hacia la zona Occidental la incidencia de la lluvia es menor constituyendo así microclimas con zonas más secas que otras, con diferencias notorias entre sectores como el

Apogeo, Bosa centro y Porvenir, San Bernardino y San José mucho más secos.

De acuerdo al comportamiento global de la ciudad y específicamente para la localidad en general se tiene una precipitación acumulada que oscila entre los 623 y 704 mm, lo que pone a Bosa entre una de las zonas más secas de la ciudad.

### **Riesgos ambientales**

Como zonas de amenaza ambiental se encuentra el río Tunjuelo que deposita sus aguas al río Bogotá y hace parte de uno de los asentamientos humanos más extensos y quizá, con uno de los más altos índices de pobreza y marginalidad de la ciudad. El río Bogotá presenta a cada lado jarillones construidos entre 1980-1981, que fueron diseñados para un periodo de retorno de 10 años ya que el uso del suelo del sector era agrícola. En el mapa 4 se observan las zonas de amenaza de inundación diferenciadas por riesgo alto, medio y bajo.

Con el transcurso del tiempo a medida que se ha ido urbanizando esta zona, han sido levantados por sectores y en algunas partes han sufrido deterioros por la intervención del hombre, razón por la cual existen diferentes niveles de seguridad a lo largo del río. Los sectores de los siguientes barrios aledaños al río Bogotá se encuentran en zona de amenaza alta por inundación: Osorio XXIII, Cañaveralejo, El Recuerdo, Ciudadela el Recreo, San Bernardino XXV, entre otros.

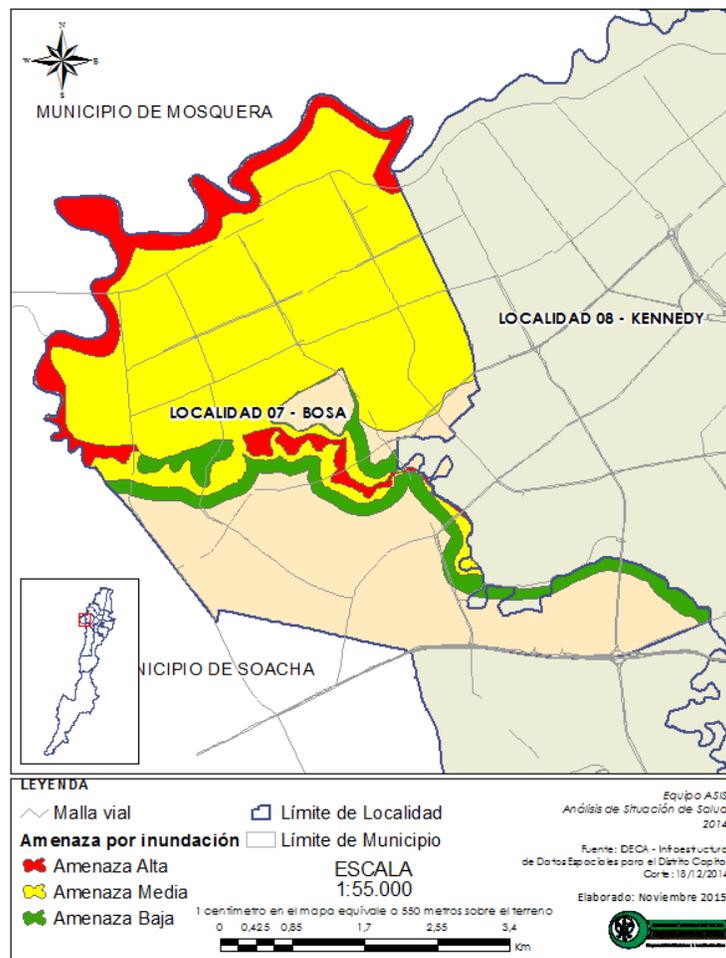
El río Tunjuelo presenta las mismas características y para el control de inundaciones posee tres estructuras que regulan los caudales en la parte baja. Los sectores de los siguientes barrios aledaños al río Tunjuelo se encuentran en zona de amenaza alta por inundación: San Bernardino XXII, San Bernardino XXIII, La Independencia, San Pedro, Bosa La Paz, entre otros.

La localidad cuenta con zonas de protección ambiental como son los humedales Tibanica, La Isla Chiguazuque reglamentados según la Ley 357 de 1997 y esto se ratifica en la Política de Humedales, evidenciando ausencias claras frente a las acciones que promueve la política en investigación participativa, educación, comunicación y participación, recuperación, protección y compensación, manejo y uso sostenible y gestión interinstitucional. El humedal Tibanica cuenta con 28.8 hectáreas y está considerado como un ecosistema de gran valor natural y cultural, constituido por un cuerpo de agua permanente o estacional de escasa profundidad. Tiene una franja a su alrededor que puede cubrirse por inundaciones periódicas (ronda hidráulica) y una franja de terreno inundable, llamada zona de manejo y preservación ambiental<sup>15</sup>.

Por otro lado, se encuentra el humedal La Isla situado al occidente de la localidad, con una ocupación de 8.1 hectáreas, que fue declarado biológicamente como humedal a través de la resolución 5735 de 2008 emitida por la Secretaría Distrital de Ambiente<sup>16</sup>. Sin embargo, la comunidad se encuentra insatisfecha aduciendo que la extensión real es 84.5 hectáreas que contemplan la zona de Campo Verde y Chiguasuque.

Las principales zonas de amenaza de inundación coinciden con la distribución topográfica e hídrica de la localidad, encontrando que las UPZ 49 Apogeo y 85 Bosa Central son las que presentan menor riesgo debido a que son las que mayor elevación y la menor concentración de cuerpos de agua que las atraviesan a diferencia de las otras 3 UPZ donde la elevación es menor y hay más cuerpos de agua que las atraviesan.

Mapa 4. Riesgo de Inundación. Localidad de Bosa 2014



Fuente: Archivo cartográfico ASIS. Hospital Pablo VI Bosa

### Accesibilidad geográfica

La malla vial de Bogotá está compuesta por la malla arterial, intermedia y local. En la tabla 1 se evidencia el porcentaje y la cantidad de vías según la clasificación por tipos de vías en la localidad. El mayor porcentaje son malla vial local con un 75.5% (6.997 vías). El estado de condición de las vías para el año 2013, se estableció con el Índice de Condición del Pavimento, parámetro que permite calificar la condición superficial de la estructura del pavimento. El diagnóstico de las vías está

asociado a la condición de cada una y se clasifica en mal estado, regular estado y buen estado<sup>17</sup>.

Tabla 1. Distribución de vías de la localidad de Bosa. 2014

TIPO VIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Malla vial arterial	731	7,89%
Malla vial intermedia	1430	15,44%
Malla vial local	6997	75,53%
Malla vial peatonal	0	0,00%
Malla vial rural	38	0,41%
Sin definir	68	0,73%
Proyectada	0	0,00%

Fuente: Datos de Secretaria de Movilidad y el Instituto de Desarrollo Urbano (IDU)

Para la localidad de Bosa las vías arteriales el 60,54% se encuentra en buen estado, el 11,02% se encuentra en estado regular y el 28,4% en mal estado. Para las vías intermedias el 55,5% se encuentra en buen estado, el 10,9% regular estado y el 33,4% en mal estado. Por último para las vías locales, el 20,2% se encuentra en buen estado, el 24,3 en regular y el 59% en mal estado<sup>17</sup>.

En el mapa 5, se pueden observar las vías arteriales, intermedias y locales de Bosa. Entre las principales vías que recorren la localidad se encuentra la Autopista Sur, la ciudad de Cali, la avenida carrera 80 Agoberto Mejía, avenida Ciudad de Villavicencio, la avenida Tintal y la avenida Bosa.

Como se aprecia en el mapa 5, la mayor densidad de malla vial se encuentra en las UPZ 84 Bosa Occidental y 85 Bosa Central, donde se dio el desarrollo de la localidad desde sus inicios como municipio sin planificación y control.



Tabla 2. Distancias y Tiempos de recorrido de Bosa a Santafé y Chapinero.

UPZ BOSA	CHAPINERO		SANTA FE		PROMEDIO LOCAL	
	Distancia (Km)	Tiempo (min.)	Distancia (Km)	Tiempo (min.)	Distancia (Km)	Tiempo (min.)
Apogeo	13,64	28	14,11	32	13,87	30
Bosa Central	19,49	46	16,79	42	18,14	44
Bosa Occidental	18,82	36	17,62	41	18,22	38
El Porvenir	19,17	42	18,43	44	18,80	43
Tital Sur	21,86	50	20,39	46	21,13	48
Promedio Local	18,59	40	17,47	41	18,03	41

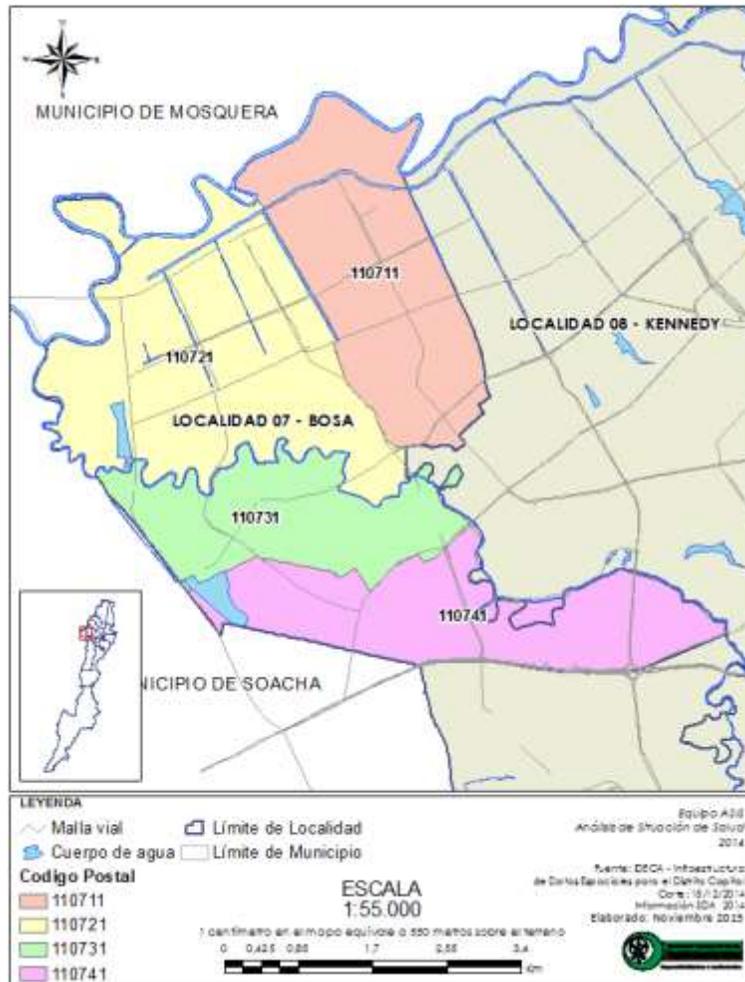
Fuente: Datos de Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE.

### Zonas postales de la localidad

De acuerdo a la Codificación Generada por Servicios Postales Nacionales S.A. (4-72) y Código Postal las zonas postales son 4, las cuales tienen una división local de acuerdo a la malla vial local arterial y se les asigna un código de 6 dígitos de los cuales los 2 primeros corresponden a los dos primeros dígitos del código DANE para el Distrito Capital, los dos siguientes para el código de la Localidad dado por la SDP y los dos últimos por el consecutivo asignado por Código Postal y 4-72.

Las UPZ 49 Apogeo y la zona comprendida entre la autopista sur y la Avenida Carrea 80 (Avenida Agoberto Mejía) en la UPZ 85 Bosa Central corresponde a la zona postal 110741, el restante de la UPZ 85 corresponde a la zona postal 110731, La zona postal 110711 abarca parte de las UPZ 84 Bosa Occidental y 86 El Porvenir siendo el límite de esta zona el canal Tital III y la última zona postal 110721 abarca el resto de las UPZ 84 y 86 y toda la UPZ 87 Tital Sur (Mapa 6).

Mapa 6. Zonas Postales de la localidad de Bosa. 2014



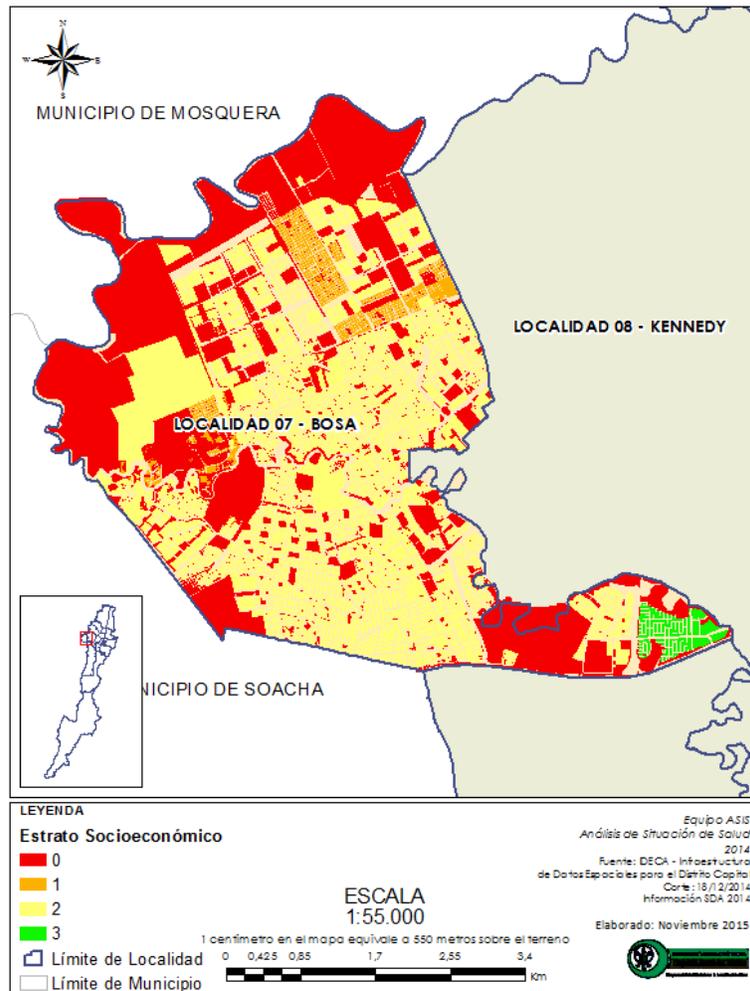
Fuente: Archivo cartográfico del equipo ASIS. Hospital Pablo VI Bosa

## Estratificación Socioeconómica

Como se observa en el mapa 7, la mayoría de la población de la localidad reside en el estrato 2 con un porcentaje de 87,75% (118.802 lotes), en el estrato 1 se encuentran 6,48% (8.777 lotes), en el estrato 3 se encuentran 2,47% (3.350 lotes) y en el estrato 0 se encuentran 3,29% (4.451 lotes).

Como se aprecia en el mapa la mayor densidad predios en las UPZ 84 y 85 seguidos de la 86 y 87, lo cual es recíproco a la densidad poblacional de estas mismas UPZ.

Mapa 7. Estratificación Socio Económica de la localidad de Bosa. 2014

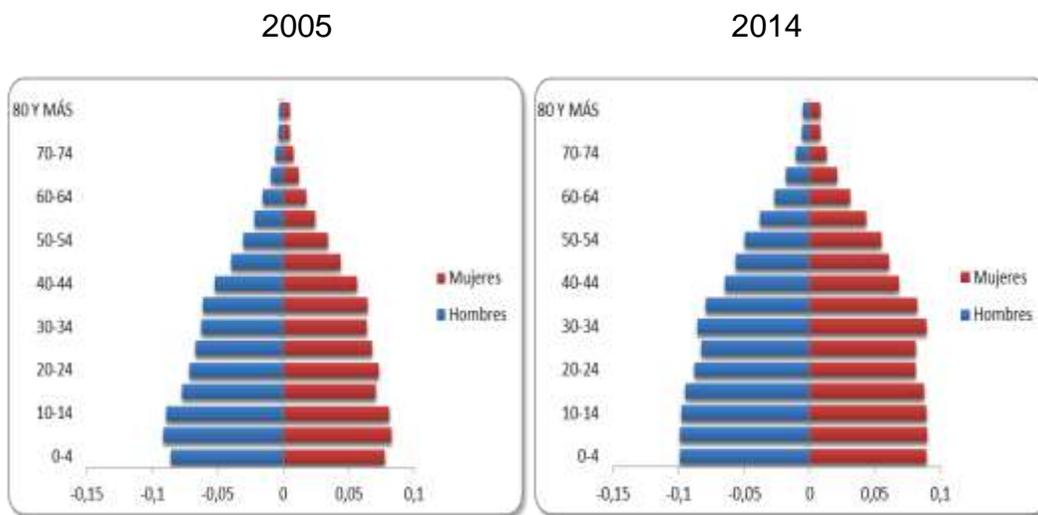


Fuente: Archivo cartográfico del equipo ASIS. Hospital Pablo VI Bosa

## CONTEXTO DEMOGRÁFICO

La población de la localidad de Bosa ha mostrado un incremento significativo en los últimos 10 años. Según las proyecciones para el año 2005 la población fue de 495.283 habitantes (253.599 mujeres y 242.684 hombres), para el año 2014 aumento a 629.066 habitantes (321.466 mujeres y 307.600 hombres). La localidad paso de tener algunas zonas rurales a tener zonas de expansión urbana por lo tanto toda la población pertenece al área urbana. La distribución poblacional por género evidencia una mayor representatividad del sexo femenino 51,1% presentando un índice de masculinidad de 95,7%. Para las edades de 20 a 30 años se presenta una disminución de la proporción de personas de estas edades, tanto en el sexo femenino como en el masculino. La pirámide poblacional de la localidad de Bosa es de tipo progresivo o expansivo, presentando una mayor población en los grupos de edad de infancia y juventud y una cúspide estrecha, aunque entre el 2005 y el 2014 se observa un aumento en la población joven y adulta y una ligera disminución en la infancia tal como puede observarse en la gráfica 1.

Gráfica 1. Pirámide Poblacional. Localidad de Bosa, 2005 – 2014



Fuente: DANE – SPD, Proyecciones de Población por localidades 2005 – 2015

En la tabla 3 se observa la distribución de la población por etapa de ciclo vital. La etapa donde se encuentra la mayor proporción de personas, es la etapa de ciclo vital adultez con el 44% (276.009), seguido de la infancia con el 26% (163.813).

Tabla 3. Distribución de la población por sexo y etapa de ciclo vital. 2014

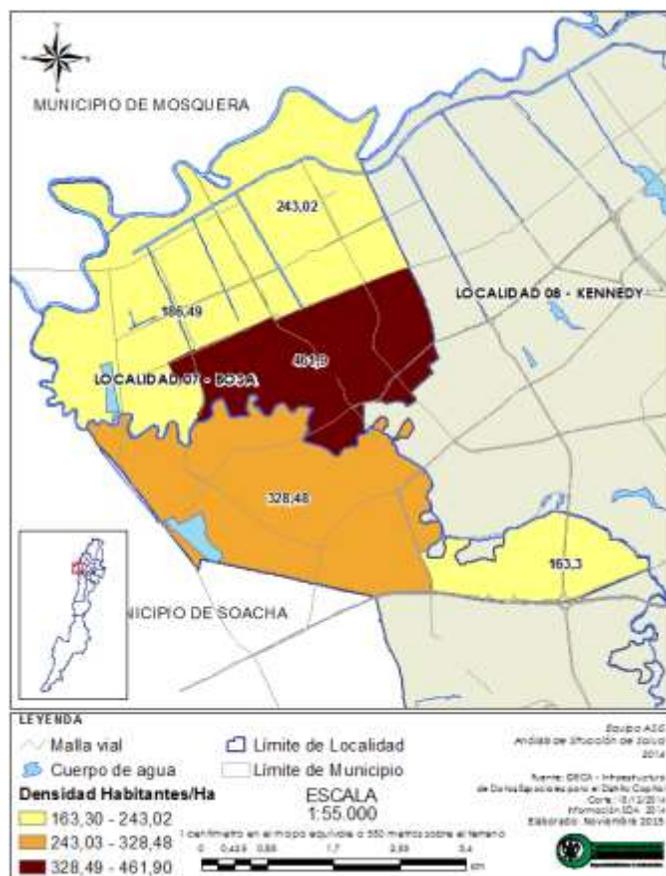
Etapa de Ciclo Vital	Masculino		Femenino		Total
	No	Fi	No	Fi	
Infancia	84.118	0,27	79.695	0,25	163.813
Adolescencia	23.131	0,08	22.311	0,07	45.442
Juventud	48.434	0,16	46.925	0,15	95.359
Adulthood	130.897	0,43	145.112	0,45	276.009
Vejez	21.020	0,07	27.423	0,09	48.433
TOTAL	307.600	1	321.466	1	629.056

Fuente: Proyecciones DANE 2005 - 2015 fecha de corte 30 de junio de 2015, fecha de extracción 20 de agosto de 2015.

La densidad poblacional por UPZ según proyección poblacional DANE – Planeación Distrital se distribuye de la siguiente manera: la localidad de Bosa presenta una densidad urbana de 262,6 habitantes por hectárea. Por UPZ la densidad urbana se registra de la siguiente manera: Bosa Occidental con 461,8 personas/ha registra la más alta densidad, en segundo lugar Bosa Central con 327,34 personas/ha, Porvenir con 186,6 personas/ha, Apogeo con 165,2 personas/ha y finalmente Tintal Sur con 130,43 personas/ha la menor densidad la registra.

Las dos UPZ de mayor densidad poblacional son inversamente proporcionales a la densidad de predios existentes en estas UPZ además de encontrar que por la tipología de construcción la mayoría son viviendas están adaptadas para varios núcleos familiares lo cual dispara la población presente en estas dos UPZ (Mapa 8).

Mapa 8. Densidad Poblacional de la localidad de Bosa. 2014



Fuente: Archivo cartográfico del equipo ASIS. Hospital Pablo VI Bosa

Por pertenencia étnica en la localidad para el 2014, se registraron por base SISPI (Sistema Integrado de Salud en la Población Indígena) 1.352 personas indígenas, que incluyen las comunidades muisca de Bosa y Suba, Ambika Pijao, Inga, Kichwa, Nasa, Yanocona, Uitoto, Eperara y Pastos. De pertenencia étnica afro descendientes, se tiene en la localidad 1.218 personas según datos de registros de caracterización APS<sup>19</sup>.

Para el año 2014, por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) hay 37 niños menores de cinco años. Para el año 2014 la población menor de 15 años corresponde al 27.9% (175.257) de toda la población, un 4,7% de la población corresponde a adultos mayores de 65 años.

El índice de dependencia en el 2014, establece que por cada 100 personas económicamente activas, con edades comprendidas entre los 15 y 64 años, hay 48 inactivas o económicamente dependientes, la dependencia infantil fue de 41 menores de 15 años por cada 100 personas económicamente activas y la dependencia de mayores fue de 7 personas mayores de 65 años por cada 100 personas económicamente activas. El índice de envejecimiento para el 2014 se tiene que por cada 100 niños, niñas y jóvenes menores de 15 años hay 17

personas mayores de 65 años. El índice de Friz permite conocer si la población envejece o no de acuerdo a la proporción de 0 a 19 años comparada con la de 30 a 49 años; para el 2014 este índice en la localidad fue de 124,9 considerando que la población de la localidad aun es joven.

De acuerdo a la Secretaría Distrital de Planeación para el quinquenio 2010 – 2015<sup>20</sup>, se estima que la esperanza de vida en los hombres será de 72 años, mientras que en las mujeres es de 77 años. En general se espera que para el quinquenio 2010 - 2015 una persona residente en la localidad de Bosa viva 75 años. Al comparar esta información con la distrital, el valor asciende en cerca de tres años para los hombres y dos para las mujeres.

Para Bosa en el 2014, se identificaron 177.891 viviendas y 181.073 hogares, en promedio hay 1,02 hogares por vivienda y 3,46 personas por hogar. El 51% de las viviendas en la localidad son de tipo apartamento y el 29,4% de las viviendas tenían problemas con humedad en paredes, pisos o techos<sup>18</sup>.

Para el 2014 ocurrieron 15.7 nacimientos por cada 1.000 habitantes de la población general y se presentaron 3.5 defunciones por cada 1.000 habitantes. El crecimiento natural para la población fue de 1,2%, siendo este un crecimiento medio. Durante el año ocurrieron 63 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil (15 a 44 años) y en promedio se tienen 1,8 hijos por mujer. La edad media para la maternidad fue de 25.6 años.

La población víctima del conflicto armado registrada asciende a 875 personas para el 2014. Con relación al sexo puede verse una mayor concentración de mujeres víctimas del conflicto en todos los territorios lo cual puede estar relacionado con el hecho que las principales víctimas que se desplazan a la ciudad son mujeres luego de la pérdida de sus parejas y familiares.

## 1.2 CONTEXTO SOCIOECONOMICO

En Bosa la dinámica de poblamiento y urbanización ha configurado la actual situación habitacional y económica de los diferentes barrios existentes, a través de diferentes procesos. Uno de ellos es el correspondiente al loteo de haciendas, parcelación y venta de los pequeños minifundios. Las primeras viviendas se edificaron haciendo uso de materiales no convencionales o recuperados por procesos de autoconstrucción comunitaria y no cuentan con las normas de diseño sismo resistente. La segunda modalidad son los proyectos multifamiliares de interés social. Como última modalidad se encuentran los asentamientos no legalizados que ocupan la ronda del río Tunjuelo y Bogotá donde la totalidad de las viviendas se encuentran construidas en materiales poco resistentes como: tablas, tejas y plástico que en su gran mayoría son habitadas por personas en situación de desplazamiento que desarrollan actividades de reciclaje o cría de animales como pollos, vacas y cerdos. Para Bosa el déficit cuantitativo de vivienda fue de 4,5% para el 2014 y aunque es una cifra menor respecto al año 2011

(7,4%)<sup>18</sup>, este déficit recoge el conjunto de inequidades expresadas en las diferentes poblaciones que viven en la localidad.

El territorio de la localidad tiene un área urbana la cual se encuentra constituida por infraestructura vial, redes primarias de energía, acueducto y alcantarillado que hacen posible la urbanización o edificación. En cuanto a la cobertura de servicios, para el año 2014, en acueducto y alcantarillado fue de 99,9%, energía eléctrica en el 99,9%, gas natural en 95% y recolección de basuras en el 100%.

Uno de los indicadores relacionado con las condiciones de vivienda y que hace parte del contexto socioeconómico es el de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Este indicador permite captar la disponibilidad y el acceso a los servicios básicos mediante la evaluación de un conjunto de condiciones de vida, resumidas en cinco componentes (vivienda inadecuada, hacinamiento crítico, servicios inadecuados, inasistencia escolar de niños entre 7 y 11 años y alta dependencia económica)<sup>20</sup>. Para la localidad de Bosa en el 2011 este índice ubica en 6% de la población en situación de pobreza, siendo este el tercer lugar a nivel distrital<sup>18</sup>.

Otro de los indicadores socioeconómicos es el coeficiente de GINI, un indicador que permite medir la desigualdad de la distribución del ingreso en una sociedad, puesto que mide hasta qué punto la distribución del ingreso (o, en algunos casos, el gasto de consumo) entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución perfectamente equitativa<sup>21</sup>. El valor estimado para Bosa fue de 0,366 para el 2011<sup>22</sup> valor que se acerca a 0 lo que indicaría una distribución mas o menos equitativa en el ingreso. Este dato es el más actualizado disponible para la localidad.

Los habitantes de la localidad están conformados por los residentes ancestrales (la población muisca), la población que inicio los procesos de urbanización locales con la conformación de barrios, la población que ha migrado por los procesos de urbanización interna del Distrito y la población en situación de desplazamiento que llega de diferentes lugares del país como consecuencia del conflicto armado interno. Esta distribución poblacional en la localidad es un determinante intermedio que modifica las relaciones de consumo y producción locales que a su vez se ve afectado por los condicionantes estructurales que se evidencian en los indicadores. De lo anterior se tiene que en la localidad confluyen condiciones proximales a los individuos y familias (tipos de familias, ubicación espacial de los individuos, distancia a sus escenarios de trabajo etc.) con unas condiciones intermedias que describen los espacios donde se ubican los habitantes de bosa, en ocasiones generando segregación o una distribución particular en los territorios (como la ubicación de las familias en condiciones de pobreza, las zonas de urbanización en comparación con las primeras viviendas y las posibilidades de acceso a educación trabajo y por lo tanto a recursos) y unas estructurales que se reflejan en la forma en que se distribuye el recurso en la localidad (ser una localidad borde de Distrito, receptora de población víctima del conflicto, con una alta densidad poblacional y pocos escenarios laborales que se encuentran más en la zona norte de la ciudad, a donde se ubica una gran parte de la población en

condición de pobreza de Bogotá) y que dan cuenta de las particularidades del contexto socio económico y su impacto sobre la vida de sus habitantes.

Bosa es una localidad densamente poblada en donde las precarias condiciones de vivienda, el hacinamiento y las dificultades de acceso a servicios son una situación frecuente. A través de los análisis realizados en los espacios de COVE y COVECOM se han referenciado las condiciones de vivienda principalmente para las poblaciones vulnerables como una de las grandes dificultades que se asocian con la presencia de enfermedades. En estos mismos espacios se ha identificado también inequidades asociadas con la ubicación de la población, las condiciones de trabajo, las vías de acceso y los escenarios de formación y recreación como en la zona de San José o el recuerdo de santa fe que comparten linderos con zonas urbanizadas recientemente pero que no cuentan con las mismas condiciones de desarrollo para sus familias. Aunque el Coeficiente de GINI indique que hay una distribución más equitativa en términos de los ingresos y los gastos comparados con años anteriores, esto no se percibe así por las comunidades en los espacios de análisis. En este sentido parece haber más coherencia entre los resultados del índice de necesidades básicas insatisfechas y las percepciones de las comunidades a través de los espacios de análisis.

El Índice de Desarrollo Humano<sup>22</sup> IDH mide el proceso de la ampliación de las opciones humanas que permite vivir a la gente una vida prolongada y sana, tener educación y acceder a los bienes y servicios necesarios para tener una vida digna; esta valoración se realiza en una escala de 0 a 1, siendo 1 el mayor desarrollo humano posible. El IDH está relacionado con la esperanza de vida, analfabetismo, escolaridad e ingresos. El índice de ingreso 0,752, índice de educación 0,851 y el índice de sobrevivencia de los niños 0,986. Según el Informe de Desarrollo Humano para Bogotá 2008, Bosa ocupa el lugar diecisiete con un índice de 0,863 después de Ciudad Bolívar y Usme. Éste valor sitúa a Bosa en desventaja evidenciándose en menores posibilidades para acceder a trabajo en condiciones dignas, educación con calidad y bienes y servicios que mejoren la calidad de vida de los habitantes. Este dato es el más actualizado disponible para la localidad.

La pobreza monetaria se calcula con base en la definición de unas líneas de pobreza e indigencia que son comparadas con el ingreso per cápita de la unidad de gasto, el cual es construido siguiendo la metodología por la Misión para Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP). La cantidad relativa de personas que se encontraban por debajo de la línea de pobreza monetaria extrema en la localidad fue de 23,5% que corresponde a 147.299 personas. Si se realiza la comparación con Bogotá, este porcentaje es mayor en la localidad que en el distrito, que registró un dato para el 2014 de 15,8% (1.228.034 personas)<sup>18</sup>.

Las tasas de cobertura en educación contemplan la población matriculada con respecto a la Población en Edad Escolar –PEE-. La población en edad escolar para el 2013 era de 137.696 para la localidad. La cobertura para este mismo año en total fue de 108,22%. Por nivel educativo estuvo en 90,87% para preescolar,

108,06% para primaria, 118,98% en secundaria y 95,76% para media. Es importante mencionar que parte de la población matriculada reside en otras localidades o municipios cercanos como Soacha<sup>23</sup>. Sin embargo para el año 2014 por datos de la encuesta multipropósito, la asistencia escolar para los niños de 5 a 11 años fue de 96,9%, de 12 a 15 años fue del 95,6%, 16 a 17 fue de 80,2% y de 18 a 25 fue de 35,4%<sup>18</sup>.

Con respecto a la oferta educativa, Bosa cuenta con 43 colegios oficiales, distribuidos de la siguiente manera, en la UPZ Central 24 establecimientos, Occidental 12 y Apogeo y El Porvenir con tres cada una. La UPZ Tintal Sur solo cuenta con un colegio oficial. También se ubican 135 colegios no oficiales, distribuidos de la siguiente manera: Central 97 establecimientos, Occidental 38, Apogeo 17, Porvenir ocho y en Tintal Sur uno.

Un mejor referente de las condiciones de vida locales es el evidenciado por el IDH que es coherente con las narrativas recogidas en los espacios de análisis que con relación a los indicadores de educación e ingreso. La mayoría de las comunidades ve en la falta de oportunidades laborales y el las pocas posibilidades de acceso a espacios de educación media y superior (reflejadas en las tasas de pobreza monetaria y de cobertura de educación) una problemática importante que afecta su calidad de vida y desarrollo. Es importante aclarar que en los últimos 8 años las posibilidades de acceso a espacios de educación para la población infantil y juvenil ha mejorado para la población de Bosa. Han aumentado el número de instituciones educativas, han sido objeto de ampliaciones y se creó una ciudadela educativa con el fin de proporcionar posibilidades de acceso a la comunidad, de la misma manera se garantizó la gratuidad hasta secundaria en las instituciones públicas de todo el Distrito. Sin embargo, como se explicó anteriormente la población local ha presentado un aumento, generando problemáticas por cupos y ubicación de las instituciones educativas para estas etapas del ciclo vital.

La población de Bosa, en el 2014 estuvo afiliada principalmente al régimen contributivo con un 65,8% de la población general (n=413.713). Este se debe a la disminución de los afiliados a los demás regímenes (subsidiado, vinculados y excepción). Para el régimen subsidiado hay un 23,9% de afiliados (n=150.602), para el régimen excepción un 2,7% (n=16.984) y no afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud 5,1% (n=32.3369). Por otro lado, es importante continuar trabajando articuladamente en la disminución de las barreras (económicas, sociales, culturales, administrativas, geográficas) de manera tal que se pueda impactar positivamente la calidad de vida y salud de los habitantes.

Esta tal vez es una de las necesidades más sentidas por las comunidades en lo relacionado a la atención en salud. Al encontrarse un gran número de población vinculada al régimen contributivo el acceso a los servicios de salud se dificulta ya que no todas las EPS cuentan con infraestructura en la localidad, ocasionando desplazamientos de la población y demoras en la atención. No todas las EPS contratan sus servicios de atención en salud con los hospitales locales y también se han identificado demoras en los pagos de los servicios que si son contratados.

Según el perfil económico y empresarial de la localidad de Bosa del año 2007<sup>24</sup>, la tasa de ocupación de Bosa (56%) supera a la de la ciudad (55,1%) y las actividades comerciales que más se desarrollan en la localidad son: comercio, hoteles y restaurantes (30,7%), servicios sociales, comunales y personales (20,5%), industria manufacturera (22,7%), transporte y comunicaciones (10,6%). La tasa de desempleo fue de 10,5%, siendo la cuarta localidad con mayor tasa de desempleo en la ciudad. De acuerdo al tipo de trabajo el 81,2% de la población ocupada cuenta con un empleo permanente, 16,4% con empleo ocasional y un 2,2% con empleo estacional. Este dato es el más actualizado disponible para la localidad.

Dado que la localidad tiene una alta tasa de desempleo, empleo ocasional y empleo estacional puede observarse que la población que se vincula y desvincula de forma permanente del sector productivo se encuentra entre el régimen subsidiado y contributivo con frecuencia, lo que genera problemas en la atención como consecuencia de la afiliación a los diferentes regímenes.

Respecto a la posición ocupacional de los empleados que viven en la localidad, el 69,4% son empleados de empresa particular, el 19,3% trabajadores por cuenta propia y empleados domésticos 5,7%. Del total de la población que se encuentra ocupada, el 52,1% cuenta con contrato de trabajo, de los cuales el 69,8% tienen un contrato a término indefinido entre 7 y 12 meses. Siguiendo con la dinámica de la localidad se encuentra a niños, niñas y jóvenes vinculados tempranamente al mundo laboral debido a la difícil condición económica que atraviesa el núcleo familiar (falta de un empleo bien remunerado capaz de suplir las necesidades básicas como alimentación, vivienda, educación y recreación entre otros). El tema del trabajo infantil ha cobrado fuerza en la medida en que las políticas gubernamentales lo consideran intolerable, ya que no puede ser posible que más niños y niñas abandonen el sistema educativo.

En Bosa los niños y niñas realizan trabajos catalogados como peligrosos, exponiéndose a factores de riesgo que ponen en peligro su vida e integridad. Las labores que priman en la localidad por parte de esta población son el reciclaje y la venta ambulante que se realizan sin la supervisión o acompañamiento del padre o de la madre. Sin embargo, en algunas ocasiones estas actividades incluyen al grupo familiar y mantienen cadenas productivas en condiciones de vulnerabilidad que en oportunidades incluyen a toda una comunidad circundante.

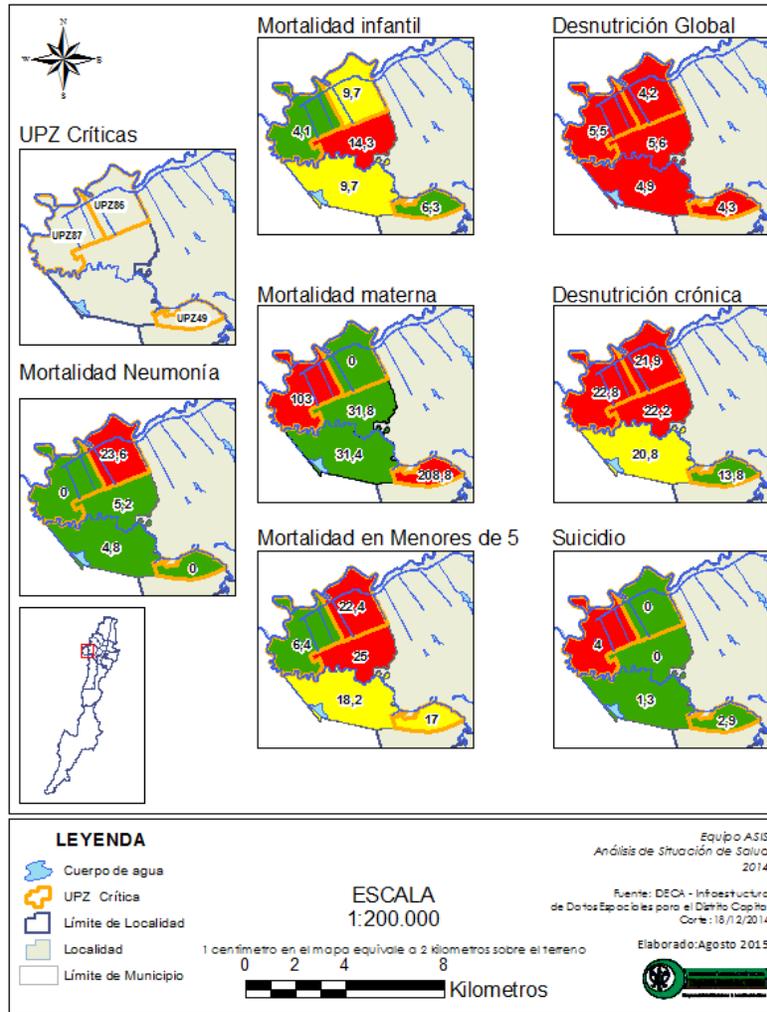
Como puede verse en la localidad convergen condiciones de orden proximal como las características propias de las familias que viven en la localidad, la base de ingresos económicos de estos grupos y las prácticas económicas y de consumo para cada una de ellas; unas de orden intermedio como las zonas de concentración de pobreza, como las no urbanizadas, las cercanas a la vera de los ríos o las de las zonas de expansión urbana que años atrás pertenecían a la ruralidad, las condiciones de ocupación locales tanto para la población en edad productiva como para los jóvenes y los niños, así como las de educación principalmente para la población joven y unas de orden estructural como la

ubicación geográfica de la localidad, las condiciones de hacinamiento establecidas a través de los planes de ordenamiento territorial, la migración de las poblaciones a la ciudad de Bogotá a través de Ciudad Bolívar, Soacha y Bosa entre otras que configuran el comportamiento socioeconómico local y dan cuenta de sus principales necesidades.

### 1.3 PRIORIZACIÓN DE UPZ CRÍTICAS

En la construcción de este documento, se tiene en cuenta la actividad de priorización de UPZ críticas, reconociendo que ningún país cuenta con recursos ilimitados para ofrecer todos los servicios con alta calidad para toda la población<sup>25</sup>. Se trabajó con el equipo de Gestión y Análisis de Políticas, Promoción y Prevención de la institución mediante la metodología Hanlon a través de la cual se logró la priorización de tres UPZ de la localidad. Se tuvo en cuenta para este ejercicio la información referente a los riesgos ambientales dentro de los que se encuentran riesgo de inundación, inadecuado manejo de basuras, tenencia inadecuada de mascotas entre otros, mortalidad general y por eventos evitables y embarazos en adolescentes, bajo peso al nacer y desnutrición en menores de cinco años y sistema de salud y barreras de acceso. Luego de realizar este ejercicio de priorización, los mayores puntajes los obtuvieron las UPZ 87 Tintal Sur, 49 Apogeo y 86 Porvenir. En el mapa 9 se muestran los principales indicadores semaforizados haciendo referencia a los riesgos.

Mapa 9. UPZ Criticas priorizadas localidad de Bosa. 2014



Fuente: Archivo cartográfico del equipo ASIS. Hospital Pablo VI Bosa

### UPZ 49 Apogeo

Está delimitada al norte y oriente por el río Tunjuelito, que la separa de la localidad Kennedy, hacia el occidente la Avenida Bosa, la Calle 58 Sur la separa de la UPZ 85 Central, al sur la Autopista del Sur la separa de la localidad de Ciudad Bolívar. También se encuentra delimitada por las Avenidas del Sur y Ferrocarril del Sur. Tiene una clasificación socioeconómica mayoritaria en estrato 3, por ser residencial ubicado en el barrio Villa del Rio, los demás barrios de esta UPZ pertenecen al estrato 2 y las áreas públicas restantes son las de estrato 1.

El área correspondiente al cementerio del apogeo constituye un área privada libre, que ofrece valores ambientales y paisajísticos a la ciudad y que en correspondencia debe preservar su carácter dotacional (art. 344 del POT), relativo a la permanencia de este tipo de equipamientos. Contiene parte de la centralidad

Delicias – Ensueño, además de usos industriales, comerciales y una zona residencial consolidada (urbanización Gecolsa y Villa del Río).

Con respecto a los indicadores trazadores, la UPZ presenta Mortalidad por neumonía, Desnutrición Crónica, Suicidio y Mortalidad Infantil cumpliendo con las metas distritales planteadas, a diferencia de la tasa de mortalidad Materna (208,8 por 100.000 nacidos vivos), la tasa de mortalidad en menores de 5 años (17 por 10.000 menores de 5 años) y la prevalencia de Desnutrición global (4,3%) que hacen que esta UPZ se hubiera priorizado como crítica.

En esta UPZ debido a su mayor altitud respecto a las demás y que solo presenta un cuerpo de agua (Río Bogotá) que la bordea de oriente a norte presenta una amenaza baja de inundación.

### **UPZ 86 Porvenir**

Esta limita al norte con el río Bogotá, el cuál separa del municipio de Mosquera, al oriente con la Avenida Gibraltar que delimita con la localidad de Kennedy, al sur con la Avenida Tintal, la UPZ 84 Occidental, y al occidente con la Avenida San Bernardino, la cual separa de la UPZ 87 Tintal.

El decreto reglamentario de la UPZ Porvenir hace énfasis en que se debe dinamizar económicamente la UPZ, orientando la localización de actividades de comercio, industria y servicios sobre las vías de la malla vial arterial para generar empleo local a partir de la conformación de actividades de carácter zonal en la UPZ.

Con respecto a los indicadores trazadores, la UPZ presenta Mortalidad materna y Suicidio cumpliendo con las metas distritales planteadas debido a que no se presentaron ningún caso en estos eventos, a diferencia de la tasa de mortalidad en menores de 5 años (22,4 por 10.000 menores de 5 años), la tasa de mortalidad infantil (9,7 por 1.000 nacidos vivos), la prevalencia de Desnutrición global (4,2%), la prevalencia de Desnutrición crónica (21,9%) y la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años (23,6 por 100.000 menores de 5 años), que hacen que esta UPZ se hubiera priorizado como crítica.

En esta UPZ debido a su menor altitud respecto a las demás y que presenta varios cuerpos de agua que la atraviesan y la bordean (Río Bogotá y los canales Britalia, Tintal III y el Canal Cundinamarca) presenta una amenaza media de inundación en la mayoría de su cabida superficial y una amenaza alta en la ronda del Río Bogotá. Debido a las mismas características hidrográficas de esta UPZ, el riesgo de contraer alguna enfermedad respiratoria aumenta considerablemente. A pesar que los casos que se presentan son atendidos por el Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE va a ser una situación recurrente si las condiciones medio ambientales del entorno no son afectadas positivamente a través de intervenciones intersectoriales.

## **UPZ 87 Tintal Sur**

La UPZ limita al norte con el río Bogotá, al oriente con las UPZ 86 y 84 (El Porvenir y Occidental) por la Avenida San Bernardino y el barrio “Villas del Progreso” de la UPZ Occidental, hacia el sur el río Tunjuelito la separa de la UPZ 85 Central y al occidente este mismo la separa del municipio de Soacha. Tiene una población proyectada de 84.356 habitantes. Es una UPZ que presenta riesgo ambiental con zonas de riesgo de inundación por la presencia de los canales San Bernardo, Tintal IV, Santa Isabel y Cundinamarca y la ronda de los ríos Bogotá y Tunjuelito. Además de la presencia de inadecuada tenencia de mascotas.

Con respecto a los indicadores trazadores, la UPZ presenta Mortalidad Neumonía, Infantil y Menor de 5 años cumpliendo con las metas distritales planteadas, a diferencia de la tasa de mortalidad materna (103 por 100.000 nacidos vivos), la prevalencia de Desnutrición global (5,5%), la prevalencia de Desnutrición crónica (22,8%) y la tasa de Suicidio (4 por 100.000 habitantes), que hacen que esta UPZ se hubiera priorizado como crítica.

En esta UPZ debido a su menor altitud respecto a las demás y que presenta varios cuerpos de agua que la atraviesan y la bordean (Humedal la Isla, Río Bogotá, Río Tunjuelito y los canales Tintal IV, Canal Santa Isabel, Canal La Isla y el Canal Cundinamarca) presenta una amenaza media de inundación en la mayoría de su cabida superficial, amenaza media cercana a la confluencia de los ríos Tunjuelito y Bogotá y una amenaza alta en la confluencia del Humedal La Isla con los ríos Tunjuelito y Bogotá y en toda la ronda del Río Bogotá.

## **2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS**

Para éste segundo capítulo, se profundiza en las problemáticas y necesidades que afectan la salud y calidad de vida de las poblaciones que habitan en el territorio teniendo como ordenador las dimensiones del Plan de Desarrollo de Salud Pública 2012 - 2016 (PDSP)<sup>25</sup>.

Para la construcción de la información por cada una de estas dimensiones se contó con el apoyo de los equipos de Gestión y Análisis de Políticas, Promoción y Prevención, Vigilancia en Salud Pública y Vigilancia Ambiental. Se elaboró una matriz para la recolección de la información solicitada y se socializó con cada uno de los componentes. Las fuentes de información que se tuvieron en cuenta para este ejercicio fueron: Bases de datos RUAF – SDS, bases SIVIGILA, SISVAN, SISVESO, SIVIM, SIVELCE, SISVECOS, VESPA, Registro de Individuos Prestación de Servicios – Secretaría Distrital de Salud y encuesta multipropósito 2011 y 2014. Los resultados de esta actividad dieron cuenta sobre cómo cada uno de los indicadores incluidos dentro de las dimensiones se presenta en las problemáticas que afectan a las diferentes etapas del ciclo vital.

En la elaboración de este segundo capítulo, se presentaron dificultades con la disponibilidad de la información para algunos de los indicadores de las dimensiones. Para algunos como en el caso de las enfermedades crónicas no disponibles, se viene diligenciando información sobre cáncer en el distrito a partir del 2015. En el caso de las enfermedades de alto costo, el reporte de enfermedades crónicas como EPOC se realiza a partir del año 2015 y de hipertensión arterial y diabetes solamente desde el segundo semestre de 2014. La base de VESPA que se encuentra disponible, no contaba con datos por localidad, por lo tanto la información se presenta a nivel distrital. Las bases DANE – RUAF oficiales, se encuentran disponibles solo hasta el año 2012.

### **MORTALIDAD GENERAL Y POR SUBGRUPOS**

Las mortalidades desde una visión de los determinantes sociales presentan diferentes perspectivas desde donde se puede hacer el análisis. Por un lado, el modelo de desarrollo capitalista en donde existe una brecha entre ricos y pobres que tiende a aumentar de manera constante y la atención en salud que está condicionada por los recursos económicos que tenga el individuo. Por otro lado, está el tema de los imaginarios y las creencias de las personas que hacen que no asistan a los servicios de salud (desconfianza de la medicina alopática, recurrencia a los remedios caseros, en el momento del parto se acude a una partera) y que influyen negativamente en la calidad de vida de los habitantes que habitan en la localidad.

De acuerdo al Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, la información oficial más actualizada que se tiene al respecto, corresponde al 2012.

Para ese año se registraron 1.873 defunciones, lo que representa un leve aumento en el número con respecto al año 2011 (1.836 defunciones). Al igual que en año inmediatamente anterior la causa más frecuente fueron las enfermedades isquémicas del corazón con 259 eventos. Para el año 2012 en segundo lugar, se ubicaron las enfermedades cerebrovasculares con 139 eventos y una tasa de 23.3 por 100.000 habitantes. Se presenta un comportamiento similar al distrito capital en el cual la principal causa fueron las enfermedades isquémicas del corazón (4.398 muertes), seguido de las enfermedades cerebro vasculares con 2069 casos.

Tanto en el 2011 como en el 2012, la principal causa de mortalidad en menores de un año fueron los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal (26 casos para el 2012 y 30 para el 2011). Se observa que la mortalidad en niños y niñas menores de un año en la mayoría de los casos, se debe a causas específicas de esa edad que generalmente no tienen nada que ver con las defunciones de otros grupos de edad.

Para el grupo de edad de 1 a 4 años, se presentó un caso para cada uno de los siguientes eventos: leucemia, neumonía, enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, malformaciones congénitas del sistema circulatorio, accidentes de transporte de motor, ahogamiento y sumersión accidentales y accidentes que obstruyen la respiración. Disminuye el número de eventos por neumonía respecto al año 2011 donde se presentaron 3 casos (Tabla 4).

La leucemia para el año 2012 sigue ubicándose como primera causa de muerte en el rango de 5 a 14 años, así como en el 2011. Los casos comprendidos entre 15 a 44 años se presentaron principalmente por causa de homicidios y sus secuelas (73 casos) si bien disminuyó el número de casos respecto al 2011 sigue siendo un evento muy significativo para este grupo de edad. La distribución por sexo presenta una gran diferencia, en hombres se presentaron 65 casos de homicidios y en mujeres 8 casos. (Tabla 4).

Para el rango de 45 a 59 años, la principal causa de muerte fueron las enfermedades isquémicas del corazón, con una tasa de 34,8 por 100.000 habitantes (31 casos) disminuye levemente respecto al 2011 que presentó una tasa 46,9 por 100.000 habitantes. Sin embargo se sigue ubicando en primera causa de mortalidad para este grupo (Tabla 4). En cuanto a la mortalidad por sexo, se encuentra como primera causa en hombres las enfermedades isquémicas del corazón con 19 casos, seguido de tumos maligno de estómago (13 casos) y tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (8 casos). Para las mujeres la principal causa de muerte es el tumor maligno de cáncer de mama (19 casos), seguido de las enfermedades cerebrovasculares (14 casos) y las enfermedades isquémicas del corazón (12 casos).

Por último, el grupo que más aporta con el mayor número de casos a la mortalidad general es el de mayores de 60 años (1.123 casos) con el 60% del total de las

muertes ocurridas en 2012, siendo la causa principal de mortalidad las enfermedades isquémicas del corazón (222 casos). Se continúa con la misma tendencia del año 2011 (Tabla 4). Este comportamiento es similar tanto para hombres como para mujeres ya que presentan las mismas 4 primeras causas de muerte en este grupo poblacional.

Tabla 4. Diez primeras causas de mortalidad general y por grupo de edad.  
Localidad séptima de Bosa. 2012

TOTAL EDADES							
Orden	CAUSAS	Total	Tasa				
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	259	43,3				
2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	139	23,3				
3	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	127	21,3				
4	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	84	14,1				
5	1-041 Diabetes mellitus	79	13,2				
6	1-059 Neumonía	54	9,0				
7	1-013 Tumor maligno del estómago	53	8,9				
8	1-050 Enfermedades hipertensivas	46	7,7				
9	1-090 Accidentes de transporte de motor	41	6,9				
10	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	38	6,4				
	Resto de causas	953	159,5				
HOMBRES			MUJERES				
Orden	CAUSAS	Total	Tasa	Orden	CAUSAS	Total	Tasa
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	126	43,1	1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	133	43,6
2	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	75	25,7	2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	73	23,9
3	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	66	22,6	3	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	64	21,0
4	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	63	21,6	4	1-041 Diabetes mellitus	47	15,4
5	1-013 Tumor maligno del estómago	34	11,6	5	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	38	12,4
6	1-041 Diabetes mellitus	32	11,0	6	1-059 Neumonía	28	9,2
7	1-090 Accidentes de transporte de motor	28	9,6	7	1-050 Enfermedades hipertensivas	23	7,5
8	1-059 Neumonía	26	8,9	8	1-013 Tumor maligno del estómago	19	6,2
9	1-028 Tumor maligno de la próstata	25	8,6	9	1-082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	14	4,6
10	1-050 Enfermedades hipertensivas	23	7,9	10	1-090 Accidentes de transporte de motor	13	4,3
	Resto de causas	482	165,0		Resto de causas	441	144,4

MENORES DE 1 AÑO							
Orden	CAUSAS	Total	Tasa	Orden	CAUSAS	Total	Tasa
1	1-082 Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	26	230,6				
2	1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	17	150,8				
3	1-084 Infecciones específicas del período perinatal	16	141,9				
4	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	15	133,0				
5	1-059 Neumonía	7	62,1				
6	1-085 Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	4	35,5				
7	1-080 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	3	26,6				
8	1-081 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	2	17,7				
9	1-001 Enfermedades infecciosas intestinales	1	8,9				
10	1-042 Deficiencias nutricionales	1	8,9				
	Resto de causas	35	310,4				
HOMBRES			MUJERES				
Orden	CAUSAS	Total	Tasa	Orden	CAUSAS	Total	Tasa
1	1-082 Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	12	207,3	1	1-082 Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	14	255,2
2	1-084 Infecciones específicas del período perinatal	10	172,7	2	1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	10	182,3
3	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	7	120,9	3	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	8	145,9
4	1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	7	120,9	4	1-084 Infecciones específicas del período perinatal	6	109,4
5	1-059 Neumonía	4	69,1	5	1-059 Neumonía	3	54,7
6	1-085 Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	2	34,5	6	1-080 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	2	36,5
7	1-001 Enfermedades infecciosas intestinales	1	17,3	7	1-085 Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	2	36,5
8	1-065 Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal	1	17,3	8	1-042 Deficiencias nutricionales	1	18,2
9	1-069 Enfermedades del peritono y todas las demás enfermedades del sistema digestivo	1	17,3	9	1-081 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	1	18,2
10	1-079 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	1	17,3	10			0,0
	Resto de causas	21	362,8		Resto de causas	13	237,0
1 A 4 AÑOS							
Orden	CAUSAS	Total	Tasa	Orden	CAUSAS	Total	Tasa
1	1-035 Leucemia	1	2,2				
2	1-059 Neumonía	1	2,2				
3	1-072 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1	2,2				
4	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	1	2,2				
5	1-090 Accidentes de transporte de motor	1	2,2				
6	1-095 Ahogamiento y sumersión accidentales	1	2,2				
7	1-096 Accidentes que obstuyen la respiración	1	2,2				
8			0,0				
9			0,0				
10			0,0				
	Resto de causas	7	15,4				
HOMBRES			MUJERES				
Orden	CAUSAS	Total	Tasa	Orden	CAUSAS	Total	Tasa
1	1-035 Leucemia	1	4,3	1	1-059 Neumonía	1	4,5
2	1-090 Accidentes de transporte de motor	1	4,3	2	1-072 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1	4,5
3	1-095 Ahogamiento y sumersión accidentales	1	4,3	3	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	1	4,5
4	1-096 Accidentes que obstuyen la respiración	1	4,3	4			0,0
5			0,0	5			0,0
6			0,0	6			0,0
7			0,0	7			0,0
8			0,0	8			0,0
9			0,0	9			0,0
10			0,0	10			0,0
	Resto de causas	5	21,4		Resto de causas	2	9,1
DES A 14 AÑOS							
Orden	CAUSAS	Total	Tasa	Orden	CAUSAS	Total	Tasa
1	1-035 Leucemia	2	1,8				
2	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	2	1,8				
3	1-042 Deficiencias nutricionales	1	0,9				
4	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	1	0,9				
5	1-059 Neumonía	1	0,9				
6	1-065 Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal	1	0,9				
7	1-072 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1	0,9				
8	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	1	0,9				
9	1-090 Accidentes de transporte de motor	1	0,9				
10	1-100 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	1	0,9				
	Resto de causas	7	6,1				
HOMBRES			MUJERES				
Orden	CAUSAS	Total	Tasa	Orden	CAUSAS	Total	Tasa
1	1-035 Leucemia	1	1,7	1	1-035 Leucemia	1	1,8
2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	1	1,7	2	1-042 Deficiencias nutricionales	1	1,8
3	1-065 Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal	1	1,7	3	1-059 Neumonía	1	1,8
4	1-090 Accidentes de transporte de motor	1	1,7	4	1-072 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1	1,8
5	1-100 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	1	1,7	5	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	1	1,8
6	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	1	1,7	6	1-098 Exposición al humo, fuego y llamas	1	1,8
7			0,0	7	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	1	1,8
8			0,0	8			0,0
9			0,0	9			0,0
10			0,0	10			0,0
	Resto de causas	3	5,1		Resto de causas	3	5,4

DE 15 A 44 AÑOS							
Orden	CAUSAS				Total	Tasa	
1	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas				73	24,7	
2	1-090 Accidentes de transporte de motor				26	8,8	
3	1-100 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas				13	4,4	
4	1-055 Enfermedades cerebrovasculares				12	4,1	
5	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)				7	2,4	
6	1-035 Leucemia				7	2,4	
7	1-059 Neumonía				7	2,4	
8	1-078 Embarazo, parto y puerperio				7	2,4	
9	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón				6	2,0	
10	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano				5	1,7	
	Resto de causas				132	44,7	
HOMBRES			MUJERES				
Orden	CAUSAS	Total	Tasa	Orden	CAUSAS	Total	Tasa
1	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	65	44,9	1	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	8	6,3
2	1-090 Accidentes de transporte de motor	21	14,5	2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	7	4,7
3	1-100 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	12	8,3	3	1-078 Embarazo, parto y puerperio	7	4,7
4	1-035 Leucemia	7	4,8	4	1-090 Accidentes de transporte de motor	5	3,3
5	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)	5	3,5	5	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	4	2,7
6	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	5	3,5	6	1-017 Tumor maligno del páncreas	3	2,0
7	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	4	2,8	7	1-059 Neumonía	3	2,0
8	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	4	2,8	8	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)	2	1,3
9	1-059 Neumonía	4	2,8	9	1-013 Tumor maligno del estómago	2	1,3
10			0,0	10	1-022 Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares	2	1,3
	Resto de causas	71	49,0		Resto de causas	54	35,9
DE 45 A 59 AÑOS							
Orden	CAUSAS				Total	Tasa	
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón				31	34,8	
2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares				22	24,7	
3	1-013 Tumor maligno del estómago				20	22,5	
4	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer				19	21,3	
5	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón				12	13,5	
6	1-041 Diabetes mellitus				11	12,4	
7	1-090 Accidentes de transporte de motor				9	10,1	
8	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)				7	7,9	
9	1-017 Tumor maligno del páncreas				7	7,9	
10	1-072 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo				7	7,9	
	Resto de causas				150	168,5	
HOMBRES			MUJERES				
Orden	CAUSAS	Total	Tasa	Orden	CAUSAS	Total	Tasa
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	19	46,2	1	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	19	39,7
2	1-013 Tumor maligno del estómago	13	31,6	2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	14	29,2
3	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	8	19,5	3	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	12	25,1
4	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	8	19,5	4	1-013 Tumor maligno del estómago	7	14,6
5	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	7	17,0	5	1-041 Diabetes mellitus	7	14,6
6	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)	5	12,2	6	1-090 Accidentes de transporte de motor	5	10,4
7	1-074 Insuficiencia renal	5	12,2	7	1-017 Tumor maligno del páncreas	4	8,4
8	1-041 Diabetes mellitus	4	9,7	8	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	4	8,4
9	1-054 Insuficiencia cardíaca	4	9,7	9	1-034 Tumor maligno de sitios no especificados	4	8,4
10	1-090 Accidentes de transporte de motor	4	9,7	10	1-072 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4	8,4
	Resto de causas	73	177,5		Resto de causas	65	135,7
DE 60 Y MAS AÑOS							
Orden	CAUSAS				Total	Tasa	
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón				222	521,3	
2	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias				124	291,2	
3	1-055 Enfermedades cerebrovasculares				104	244,2	
4	1-041 Diabetes mellitus				66	155,0	
5	1-050 Enfermedades hipertensivas				43	101,0	
6	1-059 Neumonía				32	75,1	
7	1-013 Tumor maligno del estómago				31	72,8	
8	1-028 Tumor maligno de la próstata				25	58,7	
9	1-066 Enfermedades del hígado				19	44,6	
10	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón				18	42,3	
	Resto de causas				439	1030,9	
HOMBRES			MUJERES				
Orden	CAUSAS	Total	Tasa	Orden	CAUSAS	Total	Tasa
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	103	556,1	1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	119	494,5
2	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	62	334,8	2	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	62	257,7
3	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	52	280,8	3	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	52	216,1
4	1-041 Diabetes mellitus	27	145,8	4	1-041 Diabetes mellitus	39	162,1
5	1-028 Tumor maligno de la próstata	25	135,0	5	1-050 Enfermedades hipertensivas	22	91,4
6	1-013 Tumor maligno del estómago	21	113,4	6	1-059 Neumonía	17	70,6
7	1-050 Enfermedades hipertensivas	21	113,4	7	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	15	62,3
8	1-059 Neumonía	15	81,0	8	1-013 Tumor maligno del estómago	10	41,6
9	1-066 Enfermedades del hígado	12	64,8	9	1-054 Insuficiencia cardíaca	10	41,6
10	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	11	59,4	10	1-070 Hemorragia gastrointestinal	10	41,6
	Resto de causas	198	1069,1		Resto de causas	220	914,3

Fuente: Certificado de defunción -Bases de datos DANE y RUAJ - Sistema de Estadísticas Vitales.-Preliminares  
TASA \* 10.000 Habitantes Ajustado 21-10-2014

Con respecto a la mortalidad por sexo, se evidencia que tanto en hombres como en mujeres la primera causa son las enfermedades isquémicas del corazón con 126 y 133 casos respectivamente. En hombres, la segunda causa corresponde a las agresiones (homicidios) y secuelas con 75 casos y la tercera causa las enfermedades cerebrovasculares con 66 casos registrados. En cuanto a las mujeres, la segunda causa son las enfermedades cerebrovasculares con 73 muertes y la tercera causa las enfermedades crónicas de las vías respiratorias.

Los años de vida potencialmente perdidos indican la cantidad de años que se pierden de vida en un grupo de población debido a las muertes prematuras. Con respecto a los AVPP, se puede observar que el grupo de población en donde más se perdieron años de vida es en el grupo de menores de 1 año con un total de 9.380, seguido del grupo de 15 a 44 años con un total de 4.702.

En general se puede afirmar, que se perdieron 45.888,5 años de vida en la localidad para el año 2014, años que pudieron ser productivos para el desarrollo de la comunidad y de la sociedad (Tabla 5).

Tabla 5. Años de vida potencialmente perdidos

GRUPO DE EDAD	EDAD MEDIA DEL GRUPO EN AÑOS	NUMERO DE MUERTES	ESPERANZA DE VIDA AL NACER	AVPP
MENORES DE 1 AÑO	0,54	127	74,4	9380
DE 1 A 4 AÑOS	2,5	14	72,44	979
DE 5 A 14 AÑOS	9,5	19	65,44	1063
DE 15 A 44 AÑOS	29,5	295	45,44	4702
DE 45 A 59 AÑOS	52	295	22,94	-8573
DE 60 A 100 AÑOS	80	1123	0	-89840
<b>TOTAL</b>		<b>1873</b>		<b>45888,5</b>

Fuente: Certificado de Defunción.-Bases de datos DANE y RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales

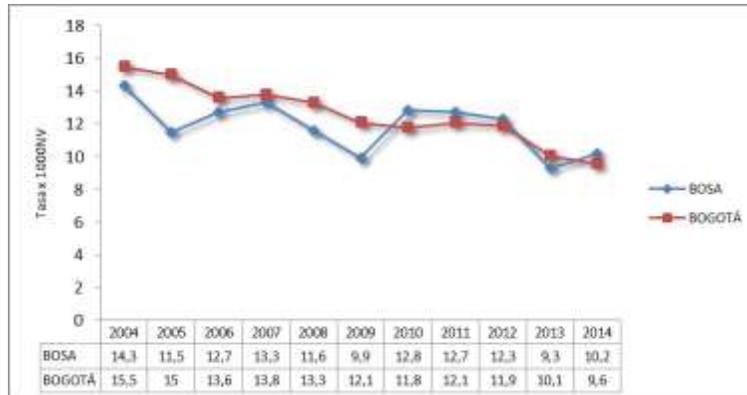
## Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil se refiere a las muertes que ocurren en niños y niñas menores de un año y se divide en tres periodos: La mortalidad neonatal temprana: de 0 a menos de 7 días de nacido, la mortalidad tardía entre los 7 y los 28 días y la post neonatal en mayores de 28 días y hasta los once meses<sup>26</sup>.

Este indicador se relaciona directamente con los niveles de pobreza y de accesibilidad a los servicios públicos (a mayor pobreza o menor calidad de los servicios públicos, mayor índice de mortalidad infantil) y constituye el objeto de uno de los 8 Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas.

En los últimos 10 años la tendencia de la mortalidad infantil en Bogotá ha presentado un descenso en la tasa, sin embargo para la localidad de Bosa ha tenido picos en los años 2004, 2007, 2010 y 2011 (14.3, 13.3 12.8, 12.3 por 1.000 nacidos vivos respectivamente). Con respecto al 2014, el indicador para la localidad queda en 10.2 por 1.000 nacidos vivos siendo mayor respecto al año inmediatamente anterior (9.3 por 1.000 nacidos vivos) y al dato distrital (9.6 por 1.000 nacidos vivos) (Gráfica 2).

Gráfica 2. Tendencia de mortalidad infantil. Localidad de Bosa 2004 - 2014



Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Tasa por 1000 nacidos vivos.

El 53,4% (55 casos) pertenecían al régimen contributivo, el 25,2% (26 casos) pertenecían al régimen subsidiado y el 16,5% (17 casos) no tenían afiliación al régimen de seguridad social en salud. El 63,1% (65 casos) eran de sexo masculino mientras que el 36,9% (38 casos) pertenecían al sexo femenino. En cuanto a las causas de defunción el 48,5% (50 casos) se agrupan según causa 6 - 67 en afecciones originadas en el periodo perinatal, el 28,2% (29 casos) fue debido a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y el 7,7% (8 casos) la causa agrupada fue infección respiratoria aguda. La UPZ que presentó el mayor número de casos fue la 84 Occidental, con una proporción de 42,7% (44 casos) seguido de la UPZ 85 Central con el 29,1% (30 casos) y la UPZ 86 Porvenir con el 19,4% (20 casos).

Es importante mencionar que en la UPZ 84 Occidental, en donde se presentan el mayor número de casos, una gran proporción de familias pertenecen al estrato 1 y se encuentran características ambientales desfavorables de inundaciones y altos índices de contaminación que proporcionan condiciones de riesgo para que las enfermedades respiratorias y enfermedades diarreicas se desarrollen.

En cuanto a los determinantes sociales que influyen para que este evento se presente están; la vacunación incompleta, la inasistencia a controles de crecimiento y desarrollo, los bajos recursos económicos en las familias, la necesidad de dejar los menores al cuidado de personas no calificadas y el desconocimiento de signos de alarma. Estos determinantes fueron identificados en

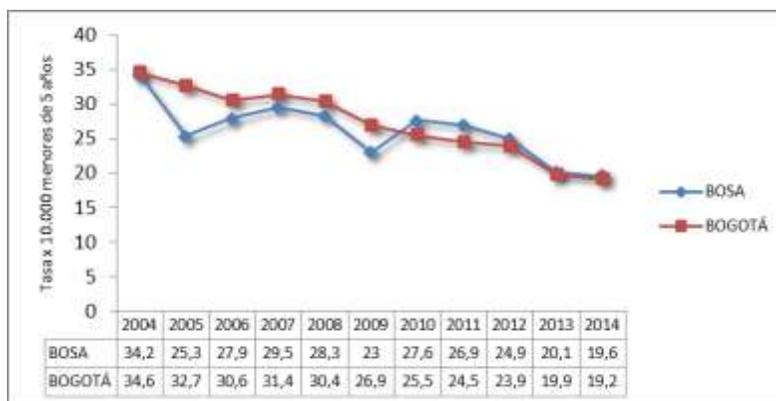
la Sala Situacional para la etapa de ciclo vital de infancia realizada con los componentes de Gestión y Análisis de Políticas y Promoción y Prevención.

### Mortalidad en menores de cinco años

La tasa de mortalidad en menores de 5 años es un indicador estadístico de la probabilidad de que un niño fallezca entre su nacimiento y antes de los 5 años de edad. Este indicador brinda una ventaja comparativa para la evaluación del impacto de las acciones en el bienestar y la supervivencia de los niños. Es un indicador del desarrollo de los resultados asistenciales y de la acción mundial enfocada en diversas actividades (inmunización, agua potable, salud materna, nutrición entre otros).

Durante los últimos 10 años, la tasa de mortalidad en menores de cinco años ha venido en descenso para el distrito con el menor valor presentado para el año 2014 con 19.2 por 10.000 menores de cinco años. Para la localidad este indicador ha presentado variaciones con picos para los años 2004, 2007, 2010 y 2011 (34.2, 29.5, 27.6 y 26.9 por 10.000 menores de cinco años respectivamente). En el año 2014, el indicador es menor al del año 2013, sin llegar a cumplir la meta distrital planteada y al dato distrital para este año, con una tasa de 19.6 por 10.000 menores de cinco años (Gráfica 3).

Gráfica 3. Tendencia de mortalidad en menores de 5 años. Localidad de Bosa 2004 - 2014



Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Tasa por 10.000 menores de 5 años

El 53,5% (62 casos) pertenecían al régimen contributivo, seguido del 25,9% (30 casos) que pertenecían al régimen subsidiado y el 15,5% (18 casos) que no se encontraban afiliados al régimen de seguridad social en salud. El 62,1% (72 casos) eran de sexo masculino mientras que el 37,9% (44 casos) eran de sexo femenino. En cuanto a las causas de defunción el 43,1% (50 casos) se agrupan según causa 6 -67 en afecciones originadas en el periodo perinatal, el 25% (29 casos) fue debido a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. La UPZ que presentó el mayor número de casos fue la UPZ 84

Occidental, con una proporción de 42,7% (44 casos) seguida de la UPZ 85 Central con 29,1% (30 casos).

Por causas evitables se identificaron 6 casos de mortalidad por neumonía en menores de cinco años de los cuales 2 fueron descartados al realizar análisis de mortalidad. De los cuatro casos que se presentaron, todos pertenecían al régimen contributivo, la mitad de los casos era de sexo masculino. El 75% (3 casos) de los casos ocurrieron antes de cumplir el año de edad. Las edades de las madres oscilaban en el rango de 23 a 31 años. El 25% (1 caso) de los casos tenía antecedente de bajo peso al nacer. Un caso se presentó en la UPZ 84 Occidental y la UPZ 85 Central y dos casos en la UPZ 86 Porvenir. La UPZ nombradas se caracterizan por la presencia de humedales, lotes baldíos donde se ubican focos de contaminación con basuras, generando de esta forma riesgos medio ambientales en la salud respiratoria.

Por otra parte, los determinantes sociales para este evento, se enfocan en las fallas en las estrategias de promoción y prevención en signos de alarma a la gestante y cuidados durante este periodo. Sin embargo otras problemáticas que siguen siendo relevantes son: El desconocimiento de signos de alarma y factores ambientales (vías sin pavimentar, focos de contaminación, basuras y vectores) y familiares (hábitos de fumar y el no uso de tapabocas para evitar el contagio de enfermedades respiratorias).

No se presentaron casos de mortalidad por desnutrición y enfermedad diarreica aguda para el año 2014 en la localidad. Para el distrito de igual forma no se presentaron mortalidades por desnutrición sin embargo para enfermedad diarreica aguda se presentaron 3 casos que representan una tasa de 0.5 por 10.000 menores de cinco años.

## **MORBILIDAD**

Los reportes de morbilidad que se presentan a continuación se obtuvieron del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) generados en los servicios de Consulta externa, Hospitalización y Urgencias durante el año 2014 en el Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE (lo cual no indica que sea un diagnóstico por individuo atendido en la institución, ya que un mismo usuario puede consultar varias veces al año por diferente causalidad).

Para los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa se identificaron las 10 primeras causas de morbilidad por etapas de ciclo y sexo. El principal diagnóstico de consulta externa fue la hipertensión arterial, para el caso de hospitalización el principal diagnóstico fue el parto espontaneo y para urgencias la infección de vías urinarias (Tabla 6).

Tabla 6. Diez primeras causas de morbilidad por consulta, hospitalización y urgencias por grupos de edad CIE-10. Localidad de Bosa, año 2014

	Diagnóstico	Infancia (0 - 13 años)		Adolescencia (14 - 17 años)		Juventud (18 - 26 años)		Adultez (27 - 59 años)		Vejez (mayores de 60 años)		Total Atenciones 2014	Proporción 2013	Proporción 2014	Variaciones
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M				
Consultas	I10X HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	7	3	707	275	640	255	1887	22,8	16,5	-6,3
	T743 ABUSO PSICOLÓGICO	72	57	70	29	402	64	726	272	38	31	1761	31,2	15,4	-15,8
	J00X RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	462	497	21	14	83	37	177	78	17	14	1400	15,1	12,3	-2,8
	R104 OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	118	116	21	14	160	104	294	344	88	49	1308	4,1	11,5	7,4
	T749 SÍNDROME DEL MALTRATO, NO ESPECIFICADO	221	103	55	29	221	55	405	164	11	9	1273	11,9	11,2	-0,7
	T748 OTROS SÍNDROMES DEL MALTRATO	147	128	32	26	158	46	301	126	26	11	1001	2,2	8,8	6,5
	H522 ASTIGMATISMO	83	89	32	19	97	42	365	161	33	30	951	3,7	8,3	4,6
	H520 HIPERMETROPIA	98	99	18	14	49	31	173	80	45	29	636	0,0	5,6	5,6
	N390 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	74	20	16	3	189	12	233	43	22	5	617	1,8	5,4	3,6
	R628 OTRAS FALTAS DEL DESARROLLO FISIOLÓGICO NORMAL ESPERADO	270	298	0	0	0	0	0	0	0	0	568	7,1	5,0	-2,2
Total Consultas		1545	1407	265	148	1366	394	3381	1543	920	433	11402	41,8	70,2	28,3
Hospitalizaciones	O800 PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VÉRTICE	1	0	10	0	147	0	56	0	0	0	214	41,5	39,9	-1,6
	O820 PARTO POR CESÁREA ELECTIVA	0	0	4	0	39		17	0	0	0	60	10,3	11,2	0,9
	J219 BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	26	29	0	0	0	0	0	0	0	0	55	13,6	10,3	-3,4
	R104 OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	5	6	3	1	9	4	8	12	2	1	51	3,9	9,5	5,6
	O809 PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	0	0	1	0	34	0	2	0	0	0	37	6,9	6,9	0,0
	N390 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	11	2	0	0	12		9	2	0	0	36	8,9	6,7	-2,2
	O821 PARTO POR CESÁREA DE EMERGENCIA	0	0	1	0	13		12	0	0	0	26	2,7	4,9	2,1
	J159 NEUMONÍA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	9	7	0	0	0	1	1	2	0	1	21	3,0	3,9	0,9
	S211 HERIDA DE LA PARED ANTERIOR DEL TÓRAX	0	0	0	1	1	7	1	8	0	0	18	8,1	3,4	-4,8
	O470 FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	0	0	0	0	13		5	0	0	0	18	1,0	3,4	2,4
Total Hospitalizaciones		52	44	19	2	268	12	111	24	2	2	536	6,2	3,2	-3,0
Urgencias	N390 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	131	66	50	3	320	38	201	38	10	6	863	10,8	20,0	9,2
	R104 OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	58	70	33	10	275	66	168	106	11	9	806	9,8	18,7	8,9
	J00X RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	292	271	5	2	41	2	19	11	4	2	649	12,3	15,1	2,8
	A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	82	116	3	5	40	37	34	24	4	5	350	16,6	8,1	-8,5

J039	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	102	136	2	6	24	26	18	31	0	2	347	5,1	8,1	2,9
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	155	144	2	0	2	3	6	10	0	0	322	7,8	7,5	-0,3
J219	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	116	153	0	0	0	0	0	0	0	0	269	8,1	105,9	97,8
O620	CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS	0	0	7	0	204	0	43	0	0	0	254	3,3	5,9	2,6
O269	COMPLICACIÓN RELACIONADA CON EL EMBARAZO, NO ESPECIFICADA	0	0	10	0	149	0	68	0	0	0	227	21,1	5,3	-15,8
O200	AMENAZA DE ABORTO	0	0	5	0	156	0	61	0	0	0	222	5,1	5,2	0,0
<b>Total Urgencias</b>		936	956	117	26	1211	172	618	220	29	24	4309	52,0	26,5	-25,5
<b>Total general</b>		2533	2407	401	176	2845	578	4110	1787	693	320	16249			

Fuente: RIPS Registro individual de Prestación de servicios Hospitales del Distrito 2013-2014

Las proporciones de atenciones por consulta externa durante el año 2013 y 2014 presentaron una variación de 28.3 lo que significa que se realizaron más consultas dentro de las 10 primeras causas de morbilidad en la población general durante el año 2014. Con respecto a la morbilidad por hospitalización, presentó una proporción de 3.2 en el 2014 y de 6.2 en el 2013 con una variación de -3 lo cual significa que se realizaron menos atenciones en hospitalización en 2014 por estas causas. Para el servicio de urgencias, se presentó una proporción de 26.5 para el 2014 y de 52 para el 2013 lo cual significa que se disminuyeron notablemente las consultas por urgencias en el año 2014 de acuerdo a las primeras 10 causas de morbilidad.

Con respecto a las enfermedades de alto costo de acuerdo a la base de datos de morbilidad del año 2014 en los servicios de consulta, hospitalización y urgencias se presentaron atenciones por diagnóstico de epilepsia en un 0,3% de la totalidad de atenciones durante el año. La consulta por diabetes se presenta en un 0,8%. Además de esto se encuentran en muy bajos porcentajes morbilidad por leucemia mieloide y linfocítica, cáncer de cuello uterino y de mama, los registros con diagnóstico de VIH suman un total de 158 atenciones lo que significa un 0.3% de la totalidad de las morbilidades durante el 2014.

## **DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**

De acuerdo a la declaración universal de los derechos humanos, el artículo 25 establece: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios..."<sup>27</sup>.

La seguridad alimentaria y nutricional puede ser entendida como el "Estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social, a los alimentos que necesita, en calidad y cantidad, para su

adecuado consumo y utilización biológica garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo”<sup>28</sup>. Los principales obstáculos para que la población pueda tener acceso a una alimentación de calidad son el nivel socioeconómico de las familias, el estilo de vida que como se ha podido identificar en los diferentes espacios de análisis no es sano y no se promueve la ingesta de alimentos que favorezcan el crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas.

Aunado a éste escenario se encuentran las deficientes condiciones higiénico sanitarias, de saneamiento básico y manejo de alimentos de los habitantes de la localidad en las viviendas, hábitos de higiene personal (lavado frecuente y adecuado de manos), limpieza y desinfección de áreas superficies y equipos, condiciones de almacenamiento de agua potable, manejo inadecuado de residuos sólidos y bajo control de vectores propiciando de esta manera riesgos de intoxicación por contaminación cruzada, por pérdida de cadena de frío de alimentos como carne, leche y sus derivados o por manipulación inadecuada de los mismos.

Por otro lado, existen falencias en el sistema que no permiten que los cuidadores puedan brindarles a los niños y niñas los alimentos necesarios para que crezcan sanos y fuertes. Una consecuencia directa de esta situación es la desnutrición crónica, la cual es “el resultado de múltiples factores: enfermedades infecciosas frecuentes, prácticas inadecuadas de alimentación durante los años más críticos de desarrollo en los niños (desde la etapa intrauterina hasta los tres primeros años), ambiente insalubre, inadecuada ingesta de alimentos de alto valor nutricional, entre otras, todas asociadas generalmente a la pobreza, bajo nivel educativo, escasa inversión social, falta de priorización en los grupos más vulnerables, al citar solo algunos factores”<sup>29</sup>. Los indicadores que se encuentran dentro de esta dimensión hacen referencia a la etapa de ciclo vital Infancia.

## **Infancia**

La etapa de ciclo vital infancia está comprendida por el grupo de individuos desde la gestación hasta los 13 años y en él se recogen las características y necesidades de éste periodo de desarrollo que incluye no sólo sus particularidades biológicas, sino que incluye todas aquellas condiciones sociales, culturales, económicas, familiares, ambientales y políticas que los afecta.

### **Mediana de la lactancia materna exclusiva**

La mediana de la lactancia materna exclusiva es un indicador que da cuenta del tiempo medio en meses que los niños y niñas tienen de lactancia exclusiva. La leche materna tiene múltiples ventajas para los niños así como para las madres. La leche materna, acompañada de un adecuado esquema de alimentación complementaria, favorecen el crecimiento y desarrollo de niños<sup>30</sup>. Esta práctica, debe iniciarse inmediatamente después del nacimiento, si es posible en el lugar donde se realizó el parto para establecer una relación estrecha entre la madre y el recién nacido. Otra de las razones es la importancia de brindar la primera leche,

de color amarillo brillante conocida como calostro, la cual es vital por su función de protección al niño contra enfermedades, es de fácil digestión y posee un alto valor nutritivo.

En la localidad en los dos últimos años se observa comportamiento estático en la duración mediana en meses de la lactancia materna exclusiva, siendo para los dos años de 3,3 meses acercándose a la meta Distrital que es 4 meses. Se consideran determinantes en el no cumplimiento de la meta en lactancia materna exclusiva: fallas en la educación brindada en el tema que llevan a no lograr la corresponsabilidad de las madres lactantes para realizar esta práctica que trae beneficios importantes en el binomio madre-hijo.

### **Identificación en cada ETA del agente etiológico**

Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) son patologías producidas por la ingestión accidental, incidental o intencional de alimentos o agua, contaminados en cantidades suficientes con agentes químicos o microbiológicos, debido a la deficiencia en el proceso de elaboración, manipulación, conservación, transporte, distribución o comercialización de los alimentos y agua<sup>31</sup>.

Para la localidad, durante el año 2014 se presentaron según datos de base depurada evento 350, siete ETAs. El rango de número de personas intoxicadas estuvo de 4 a 94. La afectación mayor fue en adultos con 62 casos, seguido de 42 casos para la infancia. Dentro de estos eventos no se identifica agente etiológico.

### **Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer**

El peso al nacer es un indicador de las condiciones de salud fetal, neonatal y de su gestación. Está asociado con un riesgo mayor de muerte fetal, neonatal y durante los primeros años de vida, así como de padecer un retraso del crecimiento físico y cognitivo durante la infancia. Se considera bajo peso al nacer (BPN) al neonato cuyo peso es igual o menor a 2.499 gramos, independiente de la edad gestacional y cualquiera que sea la causa<sup>32</sup>.

Para el año 2014 la prevalencia se ubica en 11,1%, donde se evidencia una disminución de 1,2% respecto al año inmediatamente anterior (12,3%), acercándose a la meta Distrital de 10%. El bajo peso al nacer está vinculado a factores como la edad materna, siendo el embarazo adolescente una problemática en aumento en el contexto local. De igual manera el evento se relaciona con la adherencia de la población joven a los programas de salud sexual y reproductiva y con la calidad de la atención en salud de las madres gestantes. En las UPZ donde se presentan más casos son en la UPZ 86 Porvenir (10,6%) seguida de la UPZ 84 (10,3).

Dentro de los determinantes del bajo peso al nacer se encuentran ausencia de controles prenatales, riesgos psicosociales como madres solteras, embarazos no planeados, bajos ingresos económicos, deficiencias en los controles prenatales,

presencia de enfermedades como infecciones urinarias, ruptura prematura de membranas, pre-eclampsia y eclampsia, amenaza de parto prematuro, inadecuada ganancia de peso, uso de sustancias psicoactivas y antecedentes de enfermedades crónicas de la madre.

### **Porcentaje de personas que padezcan hambre**

El hambre y la desnutrición son el principal riesgo para la salud en el mundo. Entre las principales causas del hambre están los desastres naturales, los conflictos, la pobreza, la pobre infraestructura agrícola y la sobreexplotación del medio ambiente<sup>33</sup>.

Para la localidad durante el 2014, el porcentaje de hogares en el que algún miembro no consumió ninguna de las tres comidas fue del 7%, valor inferior comparado con el observado durante el 2011 de 9,8%<sup>18</sup>.

### **Prevalencia de anemia**

La disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de los límites normales constituye la anemia, principalmente en grupos poblacionales vulnerables tales como niños <12 años, mujeres en edad fértil y gestantes, constituyendo un problema de salud pública a nivel mundial<sup>34</sup>. Para la localidad no se tienen datos de este indicador para el 2014.

### **Prevalencia de desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) en menores de cinco años**

Este es un indicador utilizado por todos los países para vigilar los logros de las intervenciones en salud y nutrición. Este evento es un fenómeno de origen multifactorial, que surge como resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas.

La tendencia en éste indicador se ha mantenido con poca variación en el tiempo, permaneciendo lejano a la meta Distrital de 12%. Para el año 2014 la prevalencia fue del 20,4% muy similar a la que se presentó en el 2013 (20%).

Las UPZ 84 Occidental, 85 Central, 86 Porvenir y 87 Tintal Sur presentan porcentajes de desnutrición crónica superior al 15%. En estas UPZ se encuentra población que corresponde a los estratos 0 al 2. Para ninguna de las UPZ se logra el cumplimiento de la meta programada. La UPZ que presenta la menor proporción de casos es la UPZ 49 Apogeo, la cual tiene menor densidad poblacional y presenta la mayor población perteneciente al estrato 3.

De acuerdo a las unidades de análisis que se realizaron en el tema, los determinantes que influyen para este evento fueron: la inasistencia a controles de crecimiento y desarrollo para el seguimiento y asesoría individual en los menores de cinco años, las condiciones económicas de las familias, la negligencia y el

desconocimiento para poder brindar una alimentación de calidad y las barreras de acceso.

### **Prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de cinco años**

El indicador de desnutrición Global refleja las condiciones ambientales, sin dar cuenta de deficiencias nutricionales recientes o de larga duración en el tiempo. Es el indicador trazador de la población menor de 5 años a nivel distrital y local.

Se observa una reducción importante de 0,6% para el indicador en el último año, siendo de 5,1% sin embargo no se acerca a la meta Distrital de 3%. El indicador se relaciona con las condiciones de salud y ambiente del individuo, así como con las determinantes de la seguridad alimentaria vinculadas al acceso a los alimentos y consumo de alimentos, tales como nivel educativo, nivel social y económico y ocupación de los padres y cuidadores del menor de 5 años. En las UPZ donde se presentan más casos son en la UPZ 84 Occidental (4,6%) seguida de la UPZ 85 Central (4,6%).

Es importante decir que las conductas de las personas y de las familias, se reflejan en los hábitos de consumo y en los estilos de vida y de alguna manera determinan que al momento de comprar los alimentos que se consumen en una familia, estos sean saludables y nutritivos para el desarrollo de los niños y las niñas.

### **Prevalencia de obesidad**

La obesidad se ha convertido en una problemática en aumento a nivel mundial, con las consecuencias que esta condición puede causar para la salud de los individuos. Se define como un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 30.

En la localidad, la prevalencia de obesidad infantil para 2014 fue de 12,5%, reflejando un leve aumento en el último año de 1%. Sin embargo este aumento no reviste de significancia estadística. Igualmente es un tema preocupante para la salud pública puesto que este indicador refleja unos hábitos de malnutrición por exceso calórico en la población general y a edades tempranas que se viene presentando desde la última década.

Más aún, los imaginarios erróneos que tienen los padres de familia frente a lo que consideran como una alimentación saludable y que esta no debe medirse por la cantidad de alimentos sino por lo balanceados que son. En los diferentes espacios de análisis con la comunidad, se pudo evidenciar que los padres de familia consideraban que una dieta rica en carbohidratos contribuía con el crecimiento de sus hijos. Esta situación hace parte comportamientos aprendidos y transmitidos de generación en generación los cuales se perpetúan en la comunidad.

## **2.1 DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE LIBRE DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

Antes de abordar la dimensión de vida saludable libre de enfermedades transmisibles, es importante construir un concepto entorno a lo que son las enfermedades transmisibles. Estas enfermedades, “son aquellas causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible, conocidas comúnmente como enfermedades contagiosas o infecciosas”<sup>35</sup>.

Las enfermedades de origen transmisible como la Tuberculosis, Lepra y los eventos transmitidos por vectores, persisten en el escenario mundial y se encuentran relacionadas con determinantes sociales como las inequidades en salud, la pobreza, el hacinamiento, el bajo acceso a los servicios de salud y la desnutrición.

Así mismo en el control de los eventos transmisibles persiste la falta de compromiso político de los diferentes actores públicos y privados, el desconocimiento de la enfermedad en el personal de salud y la población, lo cual perpetua el estigma, y el incumplimiento por parte de los prestadores y aseguradoras de las acciones de prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de eventos de interés en salud pública.

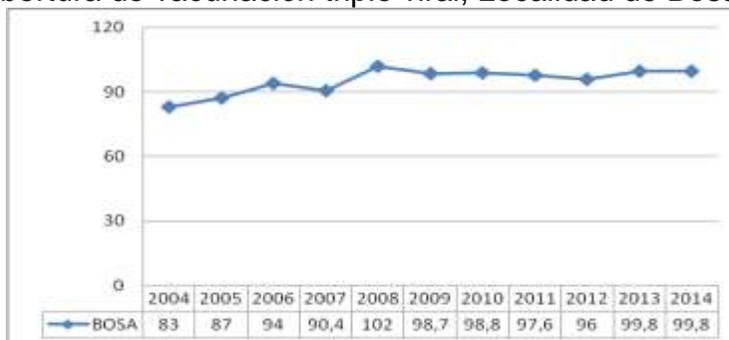
Teniendo en cuenta lo anterior, una vida libre de enfermedades transmisibles significa que el individuo cuenta con un “espacio de acción sectorial, transectorial y comunitario que busca garantizar el disfrute de una vida sana, en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible”<sup>36</sup>.

### **Infancia**

#### **Cobertura de vacunación con esquema completo**

El programa ampliado de inmunización PAI, tiene a cargo la erradicación, eliminación y control de enfermedades inmunoprevenibles en Colombia. Con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población menor de cinco años. Siendo el resultado de una acción conjunta de Naciones Unidas del Mundo que requiere de alto nivel técnico y respaldo político para lograr coberturas universales de vacunación (Gráfica 4).

Gráfica 4. Cobertura de vacunación triple viral, Localidad de Bosa. 2004 a 2014

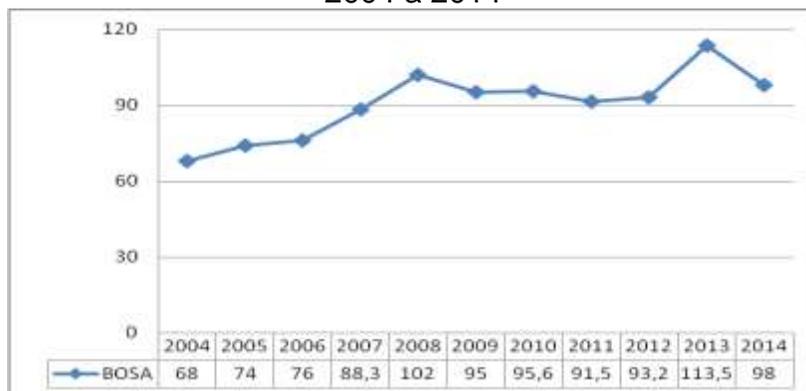


Fuente: Tablero de control PAI, Hospital Pablo VI Bosa 2014, ASIS, Localidad de Bosa

Durante el periodo 2004 a 2014, las coberturas de vacunación han sido variables. Antes del 2008 no se lograba el cumplimiento de la meta de vacunación para este biológico, sin embargo para los años posteriores se ha mantenido sobre esta. Para el año 2014 se logra la meta con un porcentaje de cobertura de 99.8%. En el periodo de enero a octubre la cobertura se mantuvo sobre la meta mensual sin generar alertas, sin embargo para noviembre y diciembre este indicador disminuye sin afectar el cumplimiento a nivel del periodo y del total del año.

En la gráfica 5, se tienen las coberturas en polio terceras dosis durante los últimos diez años. Para la localidad de Bosa ha presentado variaciones con cumplimiento de la meta establecida para los años 2008, 2009, 2010, 2013 y 2014. El año 2014 cierra con una cobertura local de 98.4% efectiva, encontrándose por encima del 95% en las UPZ 49 Apogeo, 84 Occidental, 85 Central y 87 Tintal Sur. Sin embargo la UPZ 86 Porvenir, no logra superar esa cifra (90,1%). Es de mencionar que en esta zona solo se tiene en cuenta los datos del único centro de vacunación que hay en esta UPZ sin contabilizar ni en esta ni en otras UPZ las vacunas realizadas por el equipo extramural.

Gráfica 5. Cobertura de vacunación terceras dosis de Polio, Localidad de Bosa. 2004 a 2014



Fuente: Tablero de control PAI, Hospital Pablo VI Bosa 2014, ASIS, Localidad de Bosa

## **Implementación del programa de prevención y el control de las IAAS, la resistencia antimicrobiana y el consumo de antibióticos en las instituciones de alta y media complejidad**

En la Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá de la Secretaria Distrital de Salud (Abril de 2007) y la Resolución 073 de 2008 que adopta la Política, se contempla que el Comité de IIH de la SDS estableció un estándar histórico de acuerdo con el comportamiento de las IIH en los últimos tres años en los diferentes niveles de atención y con base en él podemos aproximarnos a la interpretación del comportamiento de las IIH. Para primero y segundo nivel de atención No aceptable: menor que 0,5% o mayor que 5%: menor que 0,5% se interpreta como falta de búsqueda activa de infección intrahospitalaria. Mayor que 5% como falta de gestión en prevención y control de IIH. Aceptable: entre 0,6% y 5%: realizan búsqueda activa y están dentro del estándar histórico.

De acuerdo a lo anterior, el comportamiento para este indicador por parte del Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE es positivo teniendo en cuenta que no sobrepasa el rango establecido por los diferentes órganos de control. Adicionalmente se observa un aumento del índice del 2013 el cual fue de 0,08% al del año 2014 el cual fue de 0,43%. Lo anterior deja en evidencia el aumento en la búsqueda activa y la notificación de casos sospechosos de IACS.

### **Porcentaje de personas con lepra con discapacidad G2 al momento del diagnóstico**

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica, granulomatosa, producida por un bacilo ácido alcohol resistente (BAAR), conocido como bacilo de Hansen, que afecta principalmente los nervios periféricos y la piel<sup>38</sup>. El número de casos reportados con enfermedad de Hansen con discapacidad grado 2 es un reporte mínimo pero no se debe descartar la enfermedad dado que si no se diagnostica oportunamente los pacientes pueden presentar discapacidad. Este diagnóstico no es oportuno dado que los pacientes consultan y los profesionales de la salud aún desconocen la enfermedad y su sintomatología. Para el año 2013 el porcentaje de casos en la localidad fue de 0,0002%, para el 2014 no se presentaron.

### **Porcentaje de personas curadas de tuberculosis pulmonar**

La tuberculosis es una infección bacteriana crónica, infectocontagiosa, multicausal y con diversas manifestaciones clínicas, la cual afecta más comúnmente los pulmones. El esquema terapéutico es combinado para disminuir el riesgo de hacer resistencia a la droga, para Bogotá el esquema recomendado por la Secretaria Distrital de Salud es el acortado supervisado.

De los casos notificados residentes en la localidad con diagnóstico de tuberculosis, el 50% para el año 2013 tuvo curación teniendo en cuenta el seguimiento bacteriológico. Es importante aclarar que en la mitad que no tiene

criterios de curación se debió al no seguimiento del último control bacteriológico y al abandono del tratamiento. Para el año 2014 este porcentaje aumento (siendo del 88,8%), no se logró que fuera el 100% porque un caso falleció antes de terminar el tratamiento y otro abandonó el tratamiento.

### **Tasa de mortalidad por tuberculosis**

La tasa para este evento en el 2014 fue de 3.2 por cada 100.000 habitantes (20 casos), mientras que para el 2013 fue de 1.8 por cada 100.000 habitantes (11 casos). Para el 2014 se evidenció un incremento del número de casos presentados en relación a que los pacientes se están diagnosticando tardíamente. Adicionalmente presentan co-morbilidades que hace que empeore el estado de salud y fallezcan.

## **2.2 DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL**

La dimensión de convivencia y salud mental hace referencia a un “estado de bienestar físico, psicológico y social del sujeto, en el cual no solo se reconocen los factores biológicos, sino además los procesos de interacción que se dan entre las condiciones sociales, históricas, ambientales, culturales, económicas y políticas donde ese sujeto desarrolla su vida; es así como contribuye al desarrollo humano y social, genera capital social, cultural, simbólico y económico hace posible el reconocimiento, la garantía, ejercicio y restitución de los derechos”<sup>41</sup>.

La salud mental implica no sólo la ausencia de la enfermedad, sino que va más allá del concepto de la enfermedad y se acerca a la vida relacional, emocional y social de las personas, integrando el desarrollo humano como proceso orientado hacia el ejercicio de la autonomía y realización del proyecto vital a nivel individual y colectivo, así como la importancia en comprender contextos sociales, culturales y la diversidad poblacional.

En las unidades de análisis realizadas para la estrategia de la Sala Situacional, se identificaron determinantes sociales proximales por trastornos depresivos que son adquiridos por carga genética. En cuanto a los intermedios, se pueden identificar los ocasionados por problemas en las relaciones familiares y sociales, la falta de ocupación del tiempo libre, los bajos recursos económicos y el tabú de asistir a ayudas psicológicas.

### **Adopción de salud mental**

Para la salud mental no existe una política definida sin embargo se aborda la salud mental desde tres ejes que se encuentran reglamentados por medio de la ley 1616 del 2013. Son los siguientes: posicionamiento de la salud mental, construcción de respuestas integrales en los territorios y servicios y atención en salud mental con base en una estrategia de atención primaria en salud y de promoción y prevención.

Adicionalmente se han desarrollado en la localidad programas bandera como: “Promoviendo el buen trato para mantener la salud mental” donde se sensibiliza a través de la implementación de estrategias que promuevan el buen trato en la comunidad y brinden herramientas para fortalecer el proyecto y sentido de vida de las personas en sus diferentes etapas de ciclo vital, impactando sobre la prevalencia de violencia intrafamiliar y delitos sexuales. También está la Estrategia “Ser Feliz”, se tiene como objetivo generar prácticas saludables de promoción y protección en las trabajadoras y los trabajadores de las UTIS, donde se realizan acciones de actividad física, seguridad alimentaria, salud mental, salud sexual, salud oral, discapacidad y medio ambiente.

## **Adolescencia**

La adolescencia es el momento más relevante para el reconocimiento de la sexualidad, para el aprendizaje del cuerpo y, con mucha frecuencia, para la toma de decisiones sobre las potencialidades reproductivas. Es un periodo formativo crucial que moldea la forma en que los niños y las niñas vivirán sus años adultos, no sólo con relación a su salud sexual y reproductiva, sino también en su vida productiva social y económica. Existen diversas problemáticas que se presentan en mayor o menor medida durante esta etapa. Los indicadores que en esta dimensión se relacionan con esta etapa se mencionan a continuación.

### **Edad promedio inicio de consumo de alcohol en adolescentes**

Los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas están dentro de los tres primeros problemas de salud mental por lo que son responsables de una parte importante de la carga de morbi-mortalidad y de pérdida de años por vida productiva en el país<sup>42</sup>. En la medida en que el consumo se presenta a una edad más temprana aumenta la probabilidad que se presenten casos de abuso, dependencia y policonsumo.

De acuerdo al estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá<sup>43</sup>, la edad promedio para el inicio del consumo de alcohol en el distrito es de 16.8 años, siendo para las mujeres de 17.7 años y de 15.6 para hombres. Se menciona de igual forma en el estudio la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes por zonas, en términos de número de personas consumidoras de alcohol, la zona 3, en donde se incluye la localidad de Bosa, presenta la cifra más alta, (470.000 que equivale a un poco más de la tercera parte del total de personas que consumen alcohol en la ciudad).

### **Prevalencia de consumo de SPA**

A través del reporte que realizan los Centros de atención de drogadicción al sistema de Vigilancia Epidemiológica en Consumo de Sustancias Psicoactivas VESPA, que maneja la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, se tienen datos sobre esta problemática que afecta en mayor medida a la

etapa de ciclo vital adolescentes. A nivel distrital se notificaron para el 2014, 2.798 casos.

### **Seguimiento a casos de violencia intrafamiliar**

La violencia intrafamiliar se entiende como todo acto que violenta la integridad física, psicológica y emocional de alguno de los individuos que componen el ámbito doméstico; se refiere a las violencias que afectan la libertad, la autonomía, la dignidad y la integridad corporal, sexual, mental, espiritual y psicológica de una persona por parte de otra o varias con quienes se haya establecido una relación de tipo familiar, afectivo o de convivencia<sup>44</sup>.

De acuerdo a los datos que se manejan por el subsistema SIVIM (Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual), se presentó un mayor número de casos para el año 2014 con 4.516 notificaciones por algún tipo de violencia en la localidad de Bosa con respecto al 2013 (3.870 notificaciones).

### **Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar**

En el 2013 de cada 100.000 habitantes en la Localidad de Bosa 631.5 fueron víctimas de algún tipo de violencia, en comparación al 2014 que fueron 717.8 quienes sufrieron algún tipo de violencia; teniendo en cuenta el incremento de cobertura en seguimiento a casos de violencia y al incremento en el número de residentes en la localidad. Con respecto al porcentaje de casos por UPZ se observa que las tres UPZ con el mayor número de casos fueron: la UPZ 85 Central (40,8%), seguida de la UPZ 84 Occidental (31,1%) y por último la UPZ 86 Porvenir (15,8%).

### **Adultez**

La etapa de ciclo vital adultez comprende el rango de 27 – 59 años. Al llegar a esta etapa el individuo ha acumulado una serie de potencialidades adquiridas en las etapas anteriores. Pero es importante decir que también se viven desafíos como el inicio de la vida laboral y su mantenimiento, o la independencia. Hacer parte de esta etapa en Bogotá, se relaciona de manera directa con la localidad en la que habita y por consiguiente con las dinámicas tanto sociales como económicas por las que está atravesando cada territorio.

### **Tasa de incidencia de violencia contra la mujer**

La violencia contra la mujer es “la causa y a la vez, la consecuencia de la discriminación contra la mujer. Los estados tienen la obligación de respetar, proteger, promover y facilitar el ejercicio de todos los derechos humanos, incluido el derecho de la mujer a no ser discriminada, cuando esto no ocurre se ejerce y se exagera la violencia contra la mujer. Por ejemplo si los estados permiten que las leyes discriminatorias sigan en vigor, o si en las leyes no se consideran delito

ciertas formas de violencia contra la mujer estos actos se cometerán con toda impunidad”45.

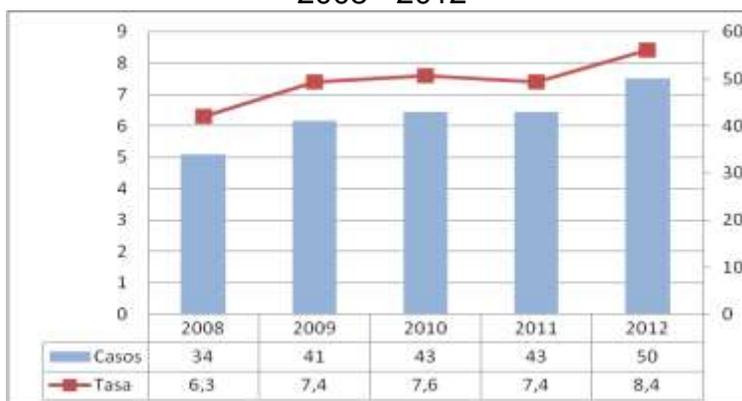
En el 2013 de cada 100.000 mujeres habitantes en la Localidad de Bosa 855.8 de ellas fueron víctimas de algún tipo de violencia, en comparación al 2014 que fueron 981 quienes sufrieron algún tipo de violencia; teniendo en cuenta el incremento de cobertura en seguimiento a casos de violencia y al incremento en el número de residentes en la localidad.

### **Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre**

La Organización Panamericana de la Salud46, contempla las muertes por accidentes de tránsito como aquellas que ocurren en los treinta días posteriores al hecho. En los países en desarrollo, se viene aumentando el número de vehículos que circula por las vías de las ciudades incrementando de esta forma el riesgo de eventos fatales y no fatales por accidentes de tránsito. Lo anterior sumado a que las estrategias que se han implementado no han sido del todo exitosas, se considera que para el año 2020 esta será la tercera causa de muerte y discapacidad47.

En la gráfica 6, se presenta la tendencia de la mortalidad por accidentes de tránsito de los residentes de la localidad de Bosa para los años 2008 - 2012, que ha venido en un aumento progresivo con una tasa para el 2012 de 8.4 por 100.000 habitantes (50 casos).

Gráfica 6. Tendencia de mortalidad por accidentes de tránsito Localidad de Bosa 2008 - 2012



Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Tasa por 100,000 habitantes

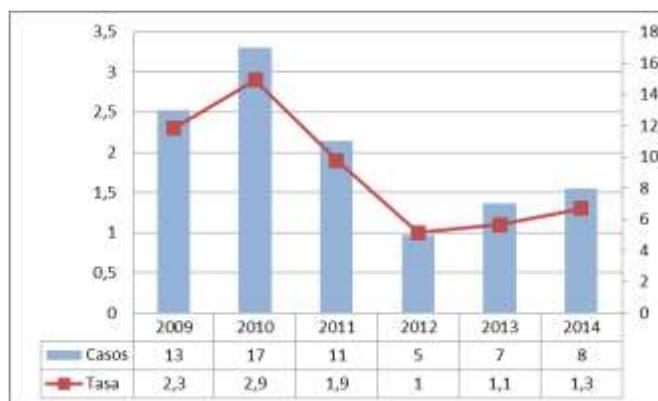
### **Tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas**

El suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes en el mundo. Los casos de suicidios consumados se presentan debido a diferentes factores que desencadenan en esta situación, como lo son: los problemas económicos,

pérdidas amorosas, consumo de spa entre otros que terminan en este suceso fatal.

En Colombia, el suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes después de los accidentes de tránsito y las muertes violentas por otras causas, como el homicidio, por ejemplo<sup>48</sup>. En la gráfica 7, se presenta la tendencia de las muertes por lesiones autoinflingidas, la cual ha venido en aumento en la localidad con una tasa de 2.9 por 100.000 habitantes (17 casos) para el año 2012 (Gráfica 7).

Gráfica 7. Tendencia de Suicidios Localidad de Bosa 2008 – 2012



Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Tasa por 100,000 habitantes

Para el año 2014, se notificaron a SISVECOS 8 casos de suicidio consumado. El indicador calculado con la población de la localidad según proyecciones DANE es de 1.3 por 100.000 habitantes, logrando el cumplimiento de la meta establecida. Sin embargo es de mencionar que no todos los eventos fatales son notificados por al subsistema, ya que existen datos que solo son registrados por medicina legal.

Los casos corresponden a las UPZ 85 Central y 87 Tintal Sur con tres casos para cada una (37,5%) y 49 Apogeo con un caso (12,5%). En cuanto a la distribución por sexo de los casos de suicidio consumado, el 85% (6 casos) corresponden al sexo masculino y el 25% (2 casos) era de sexo femenino. Las edades están entre 18 y 59 años. Ninguno de los casos pertenecía a etnia en particular. En cuanto al régimen de afiliación, el 25% (2 casos) tenía afiliación al subsidiado, el 25% 2 casos) tenía afiliación a régimen especial, el 12,5% tenía afiliación a régimen contributivo y el 25% (2 casos) no contaban con afiliación al régimen de seguridad social.

El mecanismo utilizado en el 50% (4 casos) de los casos fue lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento en la vivienda, en los otros casos el mecanismo fue lesión auto infligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego en la vivienda (2 casos), envenenamiento auto infligido intencionalmente por exposición a plaguicidas en la vivienda (1 caso) y envenenamiento auto infligido intencionalmente por exposición a drogas antiepilépticas (1 caso).

El desencadenante en el 37,5% de los casos fueron problemas relacionados con enfermedades consuntivas, problemas relacionados con el uso de alcohol 12,5% (1 caso) problemas de pareja 25% (2 casos), problemas relacionados con culpabilidad en procedimientos civiles o criminales 12,5% (1 caso) y problemas relacionados con el desempleo 12,5% (1 caso).

## **2.3 DIMENSIÓN DERECHOS SALUD Y ÁMBITO LABORAL**

La dimensión derechos salud y ámbito laboral tiene como objetivo la protección de los derechos de los trabajadores sin importar si importan si las actividades que se realizan se llevan a cabo con fines productivos o no productivos, tanto en la economía formal e informal. Las acciones del ámbito están enfocadas con miras a afectar de manera positiva los determinantes de la relación que existe en el binomio salud-enfermedad de los trabajadores.

Las actividades económicas y la dinámica de trabajo de la localidad escapan a la información que pueden recoger las instituciones gubernamentales. En la dinámica de Bosa se concentran grandes poblaciones vulnerables que para compensar las necesidades familiares realizan actividades de la economía informal sin importar las condiciones de riesgo y demás factores asociados que en un momento dado podrían afectar la salud.

Las Unidades de Trabajo Informal (UTI) que operan en pequeña escala en mercados competitivos, poseen una tecnología adaptada y de gran densidad de la mano de obra. Una parte considerable de los trabajadores y trabajadoras han obtenido los conocimientos para el desarrollo de las labores de manera empírica. Estas microempresas pertenecen a trabajadores independientes, son administradas por ellos, ya sea individualmente o en asociación con miembros de su propio hogar o de otros hogares que puedan emplear ayudantes de manera ocasional, pero no emplear trabajadores con todas las prestaciones de acuerdo a la ley.

La mayor participación de este ciclo vital adulto se puede asociar a que es la etapa de mayor productividad en el ser humano, en donde se busca el sostenimiento económico de la familia y la realización de objetivos personales a través de la realización del trabajo. El predominio masculino se puede asociar a fenómenos culturales como que el hombre es la figura que sostiene y fundamenta económicamente a la familia o también relacionarse con el tipo de actividades económicas en donde predominan los talleres de mecánica y expendios de carne labores usualmente ejercidas por hombres quienes asumen papeles de fuerza y riesgo que implica el levantamiento de objetos o la manipulación de herramientas de trabajo.

Por su parte, las mujeres por su asignación social de rol, asumen papeles como la atención al cliente o preparación de alimentos que con respecto a las otras actividades se presentan con menor frecuencia.

Las acciones que se desarrollan en los entornos laborales de los individuos y las colectividades son las siguientes: “1. Promoción del trabajo decente y saludable 2. Prevención y erradicación del trabajo infantil y trabajo adolescente protegido, y 3. Fortalecimiento institucional en el tema de salud y trabajo y calidad de vida de los y las trabajadoras a la aplicación de la estrategia de entornos de trabajo saludables”<sup>49</sup>.

## **Adulthood**

### **Cobertura de la población ocupada en riesgo laboral**

Según los datos que se tienen por el subsistema de Vigilancia de los eventos en Salud relacionados con el Trabajo (SIVISTRA) que realiza el análisis de la información de las enfermedades ocupacionales, el accidente de trabajo, las exposiciones diferenciales en los trabajadores y trabajadoras en la economía informal del Distrito Capital, se puede destacar que durante el año 2014 se incrementó la notificación y la investigación de eventos de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral (ATEL) en la localidad pasando de 454 a 461. Es importante destacar que el más afectado son las manos y los accidentes que más reportan son heridas, contusiones y quemaduras.

### **Incidence of occupational accidents in the workplace**

Según la ley 1562 de 2012 en el artículo 3, define los accidentes laborales como: “Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte”<sup>50</sup>.

En el abordaje realizado por SIVISTRA en cuanto a accidentes de trabajo, para el 2013 se realizaron 130 investigaciones mientras que para el 2014 se abordaron 173. En el año 2013, el 18,7% (25 eventos) fueron en mujeres y el 78,3% (105 eventos) fueron hombres. En cuanto al aseguramiento de estas personas, el 47% (63 personas) pertenecen al régimen subsidiado y EL 23,9% (32 personas) no se encuentran cubiertos por el sistema de Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS. Por otro lado, el segmento corporal que mayor incidencia de accidentes presentó fueron las manos con un 53,7% (72 lesionados). Se encontraron 17 accidentes graves en donde dos fueron amputaciones. En el 2014, el 42,7% (72 eventos) se presentó en mujeres y el 58,3% (101 eventos) en hombres. Por régimen de afiliación, el 39,9% (69 personas) pertenecían al régimen contributivo, el 40,5% (70 personas) al régimen subsidiado y el 19,6% (34 personas) no se encuentran cubiertos por la seguridad social. de los accidentes investigados 5 fueron catalogados como graves, 94 heridas significativas 16 quemaduras y 32 sufrieron golpes o contusiones causando alteraciones en las condiciones de salud de los trabajadores de la economía informal las manos sigue teniendo un alto porcentaje de afectación con 117 usuarios lesionados.

## Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo

En la localidad se investigaron en el 2013, 324 posibles enfermedades laborales causadas por el ambiente de trabajo, en donde 102 corresponden a mujeres y 222 a hombres. En cuanto al régimen de afiliación, 215 estaban en el régimen subsidiado, 73 pertenecían al contributivo y 17 no estaban afiliados. La patología que mayor incidencia tuvo fue el síndrome del túnel del carpo seguido del lumbago. Por otro lado, se realizaron 148 intervenciones por hipoacusias. En el 2014, se abordaron 288 enfermedades de posible origen laboral, en donde 119 son mujeres y 169 eran hombres. De estas personas, 163 estaban afiliados al régimen subsidiado, 79 al contributivo y 44 no estaban afiliados. Se encontró como patología predominante trastornos osteomusculares en columna (43 usuarios), seguido del síndrome del túnel del carpo (32 usuarios). Por último, se realizaron 107 valoraciones por hipoacusia.

## **2.4 DIMENSIÓN DERECHOS SEXUALES Y SEXUALIDAD**

Los derechos sexuales y la sexualidad son una parte integral de todos los seres humanos. Por lo tanto, el derecho y el goce de una sexualidad libre y responsable por parte de los individuos es fundamental para el bienestar individual e interpersonal y social. De acuerdo a lo anterior, los derechos sexuales son “derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios”<sup>51</sup>.

La sexualidad sana y responsable va de la mano de métodos de regulación de la fecundidad que permiten prevenir embarazos no deseados, ITS y VIH/Sida, estrategias para el desarrollo de la autonomía y toma de decisiones en pareja en el ejercicio de la sexualidad.

En la Sala Situacional que se realizó en el tema de embarazo, se concluyó que se parte de la idea según la cual el quedar en embarazo a temprana edad, es resultado de una decisión en un escenario con unas dinámicas sociales específicas.

Dentro de los determinantes estructurales se encuentran: Construcción social de lo femenino y lo masculino, influencia de la iglesia en la sexualidad, perpetuación generacional de la problemática, oportunidad de acceso al SGSSS, enfoque de prevención basado en la prohibición, desarticulación entre los sectores de la salud y la educación, modelos femeninos orientados a la maternidad, creencias sobre el papel del hombre y la mujer en la sociedad (se tiene la concepción errónea que el control de la natalidad debe ser asumido solamente por la mujer y no de manera compartida), preponderancia del cuerpo y la sexualidad en el desarrollo del adolescente, inadecuada implementación de la interrupción voluntaria del

embarazo (IVE) y discriminación en las instituciones educativas para la adolescente gestante.

Por otro lado los determinantes intermedios evidenciados fueron: Redes de apoyo insuficientes, familias disfuncionales, condiciones socioeconómicas desiguales, falta de oportunidades para acceder a la educación, asociación del binomio sexo-amor, ausencia de motivación e incentivos para ejercer una vida productiva sana, la sexualidad como un tabú dentro del núcleo familiar, falencias en la manera en que se les da la información a los y las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos, presión de pares que inciden sobre el inicio temprano de las relaciones sexuales, programas de prevención inconstantes, insumos insuficientes para atender la problemática de salud sexual y reproductiva, modelos de comportamiento basados en la sexualidad y la genitalidad como posibilidad de desarrollo, débil respuesta del sector salud y educación, prácticas y creencias erróneas alrededor de la sexualidad, consumo de alcohol y Spa y barreras de acceso, complicidad de los padres de familia con respecto al embarazo en adolescentes y fenómeno del madre-solterismo.

Por último los determinantes proximales: Antecedentes familiares de embarazo adolescente, carencia de un proyecto de vida, relaciones desiguales en términos de poder, inicio de la planificación familiar después de la primera relación sexual, educación sexual pobre tanto familiar como del entorno educativo, valoración de la maternidad como alternativa de sostenimiento económico, deseo de las jóvenes por ser madres, beneficios familiares por encontrarse en situación de gestación, violencia intrafamiliar y abuso sexual, el rol de la mujer en cuanto a la función de procrear, aborto, baja autoestima, bajo rendimiento escolar y calidad de tiempo compartido con los padres.

Con respecto al crecimiento de la población de la localidad se realizan los cálculos de indicadores como la tasa general de fecundidad que hace referencia a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurrido en un cierto periodo de tiempo y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo. Para la localidad durante el año 2014 se presentó una tasa general de fecundidad de 65.7 por mil mujeres en edades entre 15 y 49 años. Este indicador aumentó ya que la tasa general de fecundidad para el año 2013 fue de 46,6.

Con respecto a la tasa específica de fecundidad para población mujer de 10 a 14 años durante el 2014 es de 1.7 es decir que hubo 1.7 nacidos vivos de cada 1000 niñas menores de 14 años aumento con respecto al año inmediatamente anterior el cual fue de 1.5. Este indicador para adolescentes de 15 a 19 años es de 68.5 por cada mil mujeres de este grupo de edad disminuyendo notablemente en relación con el año 2013 en donde la tasa específica de fecundidad para este grupo poblacional fue de 81.1.

Por otro lado, la tasa bruta de natalidad indica la cantidad de nacimientos que se presentan por cada 1000 habitantes en un año determinado. Para el 2014 se estima en 15.3 por cada mil habitantes, es decir ocurrieron 15 nacimientos por

cada 1.000 habitantes en la localidad, lo cual en comparación con el año anterior disminuyó ya que en 2013 este indicador fue de 16 por cada 1000 habitantes.

Por último, la tasa global de fecundidad es uno de los indicadores más eficaces de la fecundidad porque brinda la mejor ilustración de cuántos hijos están teniendo las mujeres actualmente, para la Bosa durante el año 2014 se estima una tasa global de fecundidad de 1,8.

La razón de niños a mujeres es el número de niños menores de 5 años por 1.000 mujeres en edad reproductiva durante un año determinado. Se utiliza como indicador aproximado de la fecundidad, para la localidad en el año 2014 la razón niños mujer es de 377 por cada 1000 mujeres con edades entre 15 y 49 años.

## **Juventud**

La etapa de la juventud comprendida entre los 18 – 26 años muestra como el individuo adquiere mayor estabilidad emocional, se consolida el desarrollo de la moral, y se afianza la capacidad de tomar decisiones. En este sentido, “los jóvenes son un factor determinante en el cambio social, el desarrollo económico y el progreso técnico. Su imaginación, sus ideales, sus perspectivas y su energía resultan imprescindibles para el desarrollo de las sociedades en las que viven. Por ello, es importante multiplicar los esfuerzos encaminados a crear y desarrollar políticas y programas que estén destinados a los jóvenes. Las medidas que se implanten para tratar los problemas de la juventud y aprovechar al máximo su potencial repercutirán en la situación socioeconómica actual, así como en el bienestar de las generaciones futuras”<sup>52</sup>.

## **Cobertura de servicios de salud amigables**

El Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE, presta servicios especializados enfocados a la atención de los jóvenes de una manera amigable y que vincula en sus intervenciones a las familias. La institución cuenta con 16 centros de atención con servicios de salud amigable, los cuales brindan los servicios de consulta de detección de alteraciones del joven. Este servicio se encuentra en funcionamiento desde el 2008, fortaleciendo la promoción y la calidad de los servicios a la comunidad.

## **Mortalidad materna**

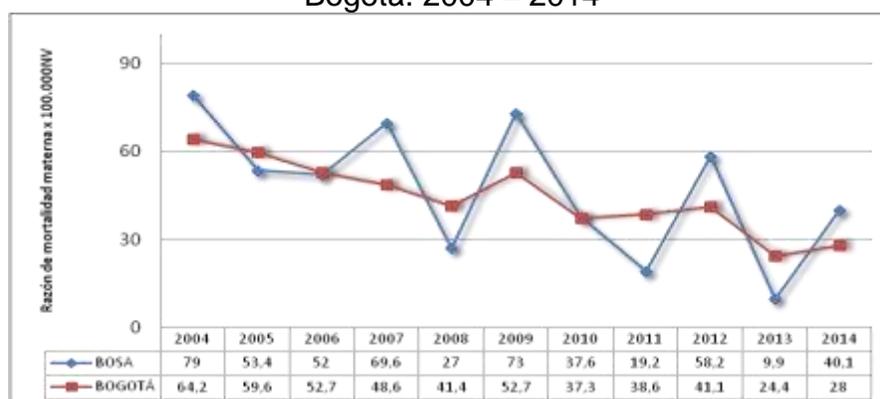
La razón de mortalidad materna es un indicador de seguimiento de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Se realiza seguimiento y calculo mensual en la localidad<sup>53</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el

embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales. El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres<sup>53</sup>.

El comportamiento de la razón de mortalidad materna para los últimos 10 años en la localidad ha sido variable con picos en los años 2007, 2009, 2012 y 2014 (69.6, 73, 58.2 y 40.1 por 100.000 nacidos vivos). Respecto al año inmediatamente anterior, se presenta un aumento en el indicador pasando de 9.9 a 40.1 por 100.000 nacidos vivos. En comparación con el distrito, el indicador es mayor (28 por 100.000 nacidos vivos). Durante el año 2014 se presentaron cuatro casos de muertes maternas, que se presentaron en los meses de enero, marzo, abril y diciembre (Gráfica 8).

Gráfica 8. Tendencia de la Razón de Mortalidad Materna comparativo Bosa-Bogotá. 2004 – 2014



Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales de Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E y de SDS. Certificado de defunción-bases de datos DANE y RUAF- Sistema de Estadísticas Vitales- Oficiales (2003 - 2012) y Preliminares (2013 - 2014).

De los cuatro casos presentados de mortalidad materna, tres (75%) tenían afiliación a régimen contributivo y un caso (25%) a régimen subsidiado, en todos los casos, los embarazos fueron no planeados pero deseados. En cuanto a la distribución por UPZ, pertenecían a las UPZ 49 Apogeo, 84 Occidental, 85 Central y 87 Tintal Sur con un caso cada una de las UPZ (25%).

Los eventos de mortalidades se encontraban en el rango de edad de 19 a 27 años, dos casos (50%) tenían educación básica secundaria al momento del evento, tres casos (75%) fallecen dentro de las siguientes 6 semanas al parto y un caso (25%) fallece durante el periodo de gestación. En cuanto a la pertenencia étnica un caso (25%) pertenecía a la etnia Indígena Páez, mientras que tres casos (75%) no pertenecían a ninguna etnia específica.

Con respecto al programa territorios saludables, dos de las mujeres se encontraban caracterizadas antes del evento. En cuanto a las causas de defunción están: miocarditis de origen viral, atonía uterina, preclampsia severa y anemia de fanconi. Se han realizado análisis en tres de los casos considerando en

dos de ellos que la muerte materna se debió a una causa directa. El otro caso se consideró una muerte materna de causa indirecta<sup>54</sup>.

### **Mortalidad por VIH/SIDA**

Respecto a la tasa de mortalidad por VIH se evidencia un aumento en el número de casos que residen en la localidad de Bosa, en su mayoría reportados por UPGDs externas a la localidad. Se evidencia aumento en el número de casos de mortalidad asociada a VIH en donde según los análisis distritales se evidencia que la captación de pacientes con infección por VIH no se realiza de manera oportuna. La identificación de factores o conductas de riesgo sexuales no se indagan en los servicios de salud en donde sólo se atiende la patología (motivo de consulta), sin analizar las causas que pueden desencadenarlo las cuales pueden estar relacionadas a la inmunodeficiencia.

A nivel institucional los casos reportados al SIVIGILA, son notificados a la referente del subsistema que realiza la gestión necesaria para que el usuario pueda acceder al programa de VIH. Adicionalmente se cuenta con la mesa de Salud Sexual y Reproductiva, en donde se analiza el comportamiento y situación de la salud sexual y se realiza la articulación intra y extramural para la creación de estrategias con el fin de promover la salud en los adolescentes y adultos. Para el 2014, la tasa de mortalidad por VIH/SIDA fue de 4.77 por 100.000 habitantes (30 casos), mientras que en el año inmediatamente anterior fue de 4.08 (25 casos). La distribución por UPZ fue la siguiente: UPZ 85 Central y UPZ 84 Occidental 9 casos, la UPZ 86 Porvenir 7 casos, la UPZ 49 Apogeo 3 casos y por último la UPZ 87 Tintal Sur 2 casos.

### **Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas por primera vez**

El embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública. La mujer en esta edad no tiene la suficiente madurez para afrontar este tipo de situaciones adecuadamente, además trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud del binomio madre e hijo.

Durante el año 2014, se presentaron 1.924 casos en total de nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años en la localidad, disminuye el número de casos respecto al año 2013 (2.227 eventos), sin embargo no se logra cumplir la meta de disminuir en un 30% el número de eventos.

En cuanto al régimen de afiliación de la madres adolescentes de 15 a 19 años, el 52% (1.001 casos) estaban afiliadas al régimen contributivo, seguido del 38,6% (744 casos) con afiliación al régimen subsidiado y el 8,1% que no se encontraba afiliada al régimen de seguridad social en salud. El 51,3% (988 casos) de las adolescentes contaban con un nivel educativo de media académica clásica al momento del parto y el 33,1% (638 casos) se encontraban en básica secundaria. Del total de casos el 2,3% (44 casos) no realizaron ningún control prenatal,

mientras que el 84,6% (1.630 casos) realizaron cuatro o más controles durante el embarazo. El 12% (231 casos) de los nacidos vivos fueron de bajo peso al nacer.

Por ubicación en UPZ, la UPZ que presentó el mayor número de casos fue la UPZ Central con 550 casos (28,6%) seguida de la UPZ Occidental con 523 casos (27,1%) y UPZ Porvenir con 347 casos (18%).

En las unidades de análisis se plantean como determinantes de este evento en salud, la falta de interés en conocer los métodos de planificación familiar por parte de los adolescentes, la curiosidad sobre la sexualidad y el tabú que existe sobre el tema en las familias, lo que rompe la comunicación para que los adolescentes puedan recibir una adecuada orientación con información clara y precisa.

A nivel institucional, se evidencia el aumento en el porcentaje de embarazo en adolescentes de 15 - 19 años embarazadas por primera vez, pasando de 25% (1:394) en el 2013 a 26% (1.747) en el 2014. A pesar de las acciones realizadas por el Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE como lo son los barridos territoriales, servicios colectivos y estrategias como "Bebe Piénsalo Bien, el número de casos de embarazo en adolescentes se mantiene.

### **Porcentaje de transmisión materno fetal de VIH**

La transmisión vertical de VIH se presenta como un resultado no deseado o un inadecuado control prenatal. Está relacionado con una deficiencia en la captación y en la identificación de gestantes con VIH. Para el 2014 no se presentaron casos de transmisión materno fetal de VIH.

### **Prevalencia de VIH / SIDA**

Al revisar el comportamiento de VIH en la localidad se evidencia para el 2014 una tendencia al aumento, que se debe a factores relacionados a los estilos de vida, conductas de riesgo que cada vez son más frecuentes, tendencias sexuales e inicio temprano de relaciones sin protección. De acuerdo a los análisis distritales, se evidencia que la captación de pacientes con infección por VIH no se realiza de manera oportuna así como se mencionó anteriormente para los casos de transmisión vertical de VIH.

A nivel institucional los casos son reportados al SIVIGILA y se direccionan de la misma manera que como se mencionó para las gestante con VIH. Para el 2014, la prevalencia de VIH fue de 23.05 por 100.000 (145 casos) habitantes siendo mayor que la observada en el 2013 (20.24) (124 casos).

### **Proporción de mujeres gestantes que ingresan al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional**

En el Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE se presentó un aumento en 3 puntos porcentuales. Para el 2014 la proporción de mujeres gestantes que ingresan al

control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional fue de 54% y en el 2013 de 51%. Esto obedece a la captación por prueba de gravindex gestionando la cita inmediatamente con el centro de atención más cercano al lugar de residencia. De igual forma se refuerza a nivel extramural captación de la gestante y notificación de usuarias con barrera de acceso para la gestión de ingreso a control prenatal. Este indicador se da a conocer a cada líder de territorio para que se desarrollen estrategias que permitan aumentar la captación oportuna.

### **Proporción de mujeres que tienen cuatro o más controles prenatales**

En el Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE, al realizar el análisis se evidencia un comportamiento similar frente a la adherencia a controles prenatales, situación que depende de la captación temprana de gestantes antes de la semana 12. En el 2014 la proporción de mujeres que tenían cuatro o más controles prenatales fue de 5,7 y en el 2013 de 5,4.

### **Tasa de incidencia de Hepatitis B**

Las hepatitis virales son infecciones hepáticas causadas por virus que comparten la característica de tener afinidad particular por el tejido hepático. La Hepatitis B es una enfermedad causada por el Virus Hepatitis B cuya presentación puede variar desde formas asintomáticas hasta hepatitis fulminante<sup>55</sup>.

Los casos de hepatitis B son notificados al SIVIGILA. Para el año 2013 en la localidad, la incidencia de casos fue de 5.22 por 100.000 habitantes (32 casos) la cual muestra una leve disminución para el 2014 con 5.09 (32 casos). Los casos son reportados al programa de Salud Sexual y Reproductiva de Promoción y Prevención para su respectivo seguimiento.

### **Tasa de incidencia de Sífilis congénita**

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica exclusiva del humano como único reservorio, de transmisión sexual, sanguínea y perinatal, causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum*, la cual penetra en la piel o mucosas lesionadas<sup>56</sup>.

El evento se desarrolla al comparar el comportamiento de la sífilis congénita y se evidencia disminución en la tasa de incidencia para este evento, el cual es un avance importante que demuestra que las estrategias implementadas por el Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE si han causado un impacto importante en la población. Para el año 2014 el comportamiento por régimen de afiliación fue el siguiente: el 87% (n=7) pertenecían al régimen subsidiado y el 13% (n=1) al no afiliado. El 50% (n=4) realizó atención de control prenatal en el Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE y el 12% (n=1) recibió la atención de urgencias. Estos casos ya se encuentran caracterizados y en seguimiento por los Equipos de Respuesta Territoriales. En el 2014 la tasa de incidencia de sífilis congénita fue de 0.8 y en el 2013 de 1.2 respectivamente.

Por otro lado, no se puede desconocer el impacto que tienen los determinantes sociales en la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS como lo son: la pobreza extrema, el desplazamiento, la drogadicción y la situación de calle de un número importante de gestantes. Lo anterior, dificulta en gran medida la aplicación de estrategias para impedir la transmisión perinatal y que requiere del compromiso intersectorial.

## **2.5 DIMENSION DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES**

Las enfermedades no transmisibles son “principalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes-son la mayor causa de muerte prematura y de discapacidad en la mayoría de los países de las Américas. Estas enfermedades comparten factores de riesgo comunes que incluyen el tabaquismo, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y la dieta no saludable. Las enfermedades no transmisibles se pueden prevenir y controlar a través de cambios en el estilo de vida, políticas públicas e intervenciones de salud, y requieren un abordaje intersectorial e integrado”<sup>57</sup>.

### **Vejez**

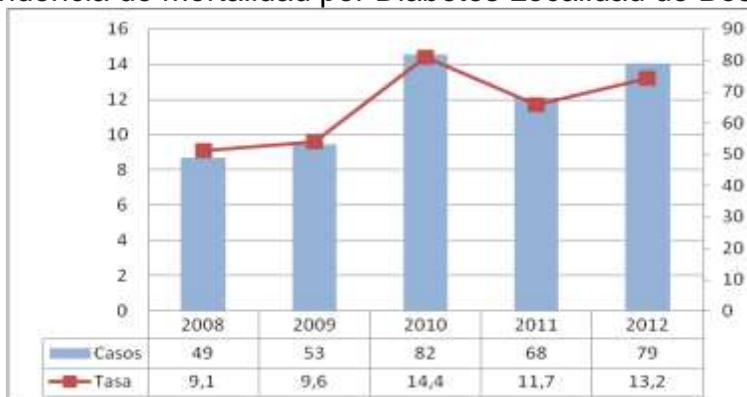
La etapa de ciclo vital vejez comprende las personas de 60 años o más y tiene como eje central el reconocimiento de las personas mayores como actores importantes en el desarrollo de la localidad y no solo como receptores de la respuesta de las instituciones a sus necesidades. Se trata de recuperar el saber de las personas mayores a favor del desarrollo local.

### **Mortalidad por Diabetes Mellitus**

La diabetes es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina. Con el tiempo, la enfermedad puede causar daños, disfunción e insuficiencia de diversos órganos<sup>58</sup>.

Como se observa en la gráfica 9, la mortalidad por Diabetes ha tenido variaciones en los años observados, con la mayor tasa presentada para el año 2010 (14,4 por 100.000 habitantes).

Gráfica 9. Tendencia de mortalidad por Diabetes Localidad de Bosa 2008 - 2012



Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Tasa por 100,000 habitantes

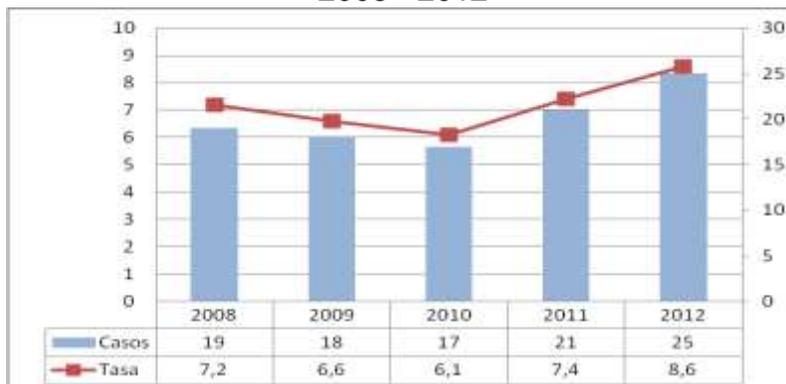
En comparación con los datos de muerte por diabetes en el distrito, se encuentra que la tasa tuvo su pico más alto en el 2010 (13.5 por 100.000 habitantes), que se asemeja a la que se presentó en la localidad (14.4 por 100.000 habitantes).

### Mortalidad prematura por cáncer

El cáncer en Colombia representa un problema de salud pública creciente. Si se compara con otros países Colombia tiene elevadas tasas de incidencia particularmente en cáncer de estómago, cuello uterino en adultos y leucemias en niños<sup>59</sup>.

Como se observa en la gráfica 10, la tendencia de mortalidad por cáncer de próstata en la localidad en el periodo 2008 – 2012 viene en aumento desde el año 2010. En el 2012 se presentaron 25 casos, 8.6 por 100.000 habitantes.

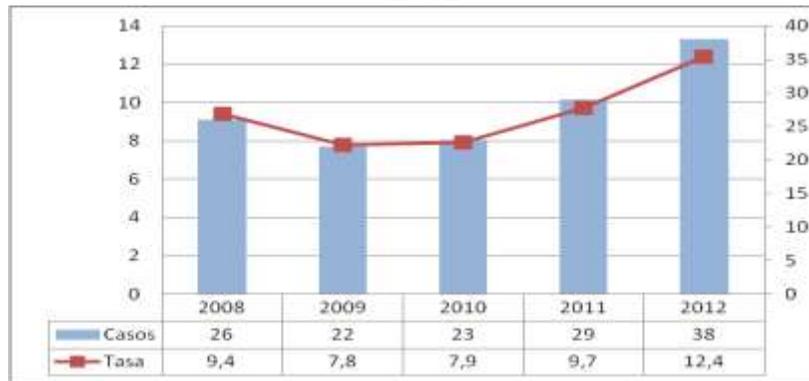
Gráfica 10. Tendencia de mortalidad por cáncer de próstata Localidad de Bosa 2008 - 2012



Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Tasa por 100,000 habitantes

La tendencia de mortalidad por cáncer de mama en la localidad tiene un comportamiento con un punto de descenso para el año 2010 presentando su valor más bajo (7.9 por 100.000 habitantes). Para el año 2012 se observa la tasa más alta con 38 casos identificados (12.4 por 100.000 habitantes) (Gráfica 11).

Gráfica 11. Tendencia de mortalidad por cáncer de mama Localidad de Bosa 2008 - 2012

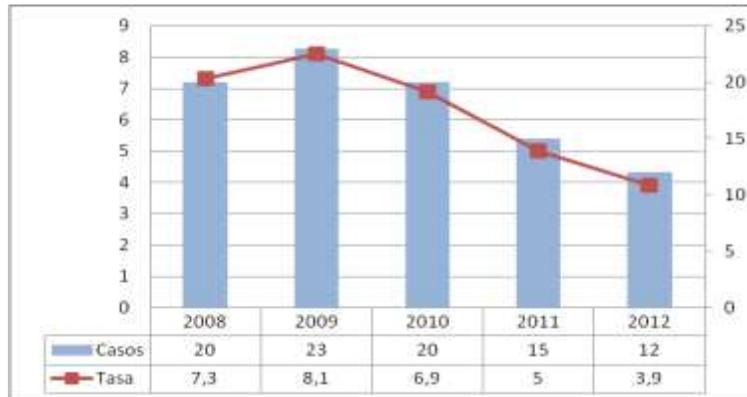


Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Tasa por 100,000 habitantes

Al realizar la comparación de las tasas de cáncer de mama con el distrito, se encuentra que la tasa más alta fue en el año 2012 (12,1 por 100.000 habitantes). Debido al aumento de los casos, se implementaron desde el Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE estrategias para fortalecer la toma de la mamografía y el autoexamen de seno. El consultorio rosado es una de las estrategias, está ubicado en la UPA Piamonte y se priorizan las intervenciones para todas las mujeres con el objetivo de sensibilizar a esta población sobre enfermedades de mama, factores de riesgo y signos de alarma así como estilos de vida saludable para prevenir el cáncer. Se busca además la identificación de mujeres con alto riesgo para esta enfermedad y se priorizará para consulta especializada. Para el año 2013 se realizaron 2505 mamografías de las cuales 51 presentaron resultado crítico y fueron remitidas; Para el año 2014 se realizaron 4925 mamografías (2.440 más que en el 2013), adicional a esto se realizaron 1096 exámenes clínicos de mama a nivel institucional de los cuales se reportaron como anormales 536 de los cuales 46 fueron remitidos a nivel superior de complejidad.

En la gráfica 12 se puede observar la tendencia de mortalidad por cáncer de útero que ha venido en descenso desde el año 2009, presentando la cifra más baja para el 2012 (3.9 por 100.000 habitantes).

Gráfica 12. Tendencia de mortalidad por cáncer de útero Localidad de Bosa 2008 - 2012



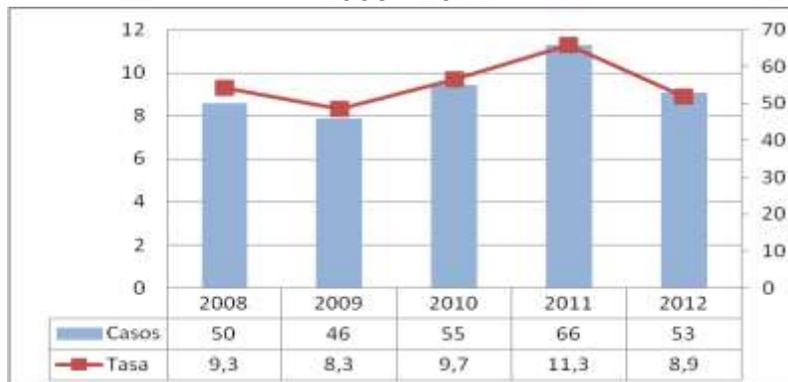
Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Tasa por 100,000 habitantes

Con respecto a la tendencia de mortalidad por cáncer de útero en Bogotá, se presenta el pico más alto en el año 2009 (8.9 por 100.000 habitantes) que coincide con la tendencia al alza de la localidad.

En el Hospital Pablo VI Bosa I Nivel se han implementado estrategias para fortalecer las intervenciones de prevención del cáncer de cuello uterino. Según información del programa de detección temprana y control de cáncer de cuello uterino se tomaron en el 2014 23.898 citologías con un cumplimiento del 62% de acuerdo a la meta distrital. De estas se obtuvo resultados anormales en 1.286 (5%) citologías a las cuales se les realizó seguimiento al 100%. De la totalidad de citologías anormales el 96 % fueron remitidas a nivel superior.

La tendencia de mortalidad por cáncer de estómago en el periodo 2008 – 2012 ha presentado variaciones con su valor más alto para el año 2011 con 66 casos (11.3 por 100.000 habitantes), para el 2012 presenta un descenso con 53 casos (8.9 por 100.000 habitantes) (Gráfica 13).

Gráfica 13. Tendencia de mortalidad por cáncer de estómago Localidad de Bosa 2008 - 2012



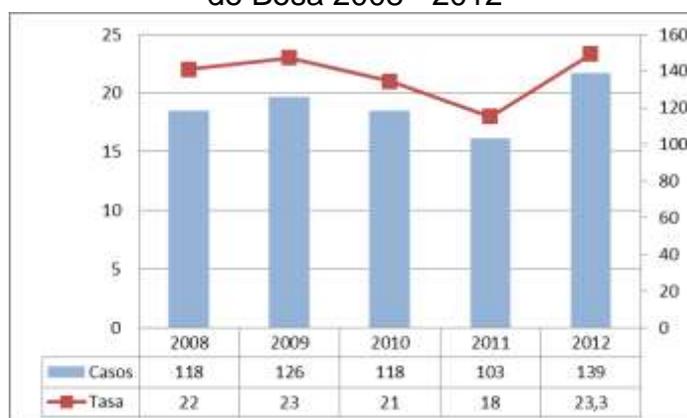
Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Tasa por 100,000 habitantes

## Mortalidad prematura por Eventos Cerebro Vasculares

La enfermedad cerebrovascular es un grupo heterogéneo de condiciones patológicas cuya característica común es la disfunción focal del tejido cerebral por un desequilibrio entre el aporte y los requerimientos de oxígeno y otros substratos<sup>60</sup>.

La mortalidad por enfermedad cerebro vascular en la localidad muestra una tendencia variable en el periodo comprendido entre 2008 – 2012, con la tasa más alta presentada para el año 2012 (23.3 por 100.000 habitantes) (Gráfica 14).

Gráfica 14. Tendencia de mortalidad por Enfermedad Cerebro Vascular. Localidad de Bosa 2008 - 2012



Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Tasa por 100,000 habitantes

## Mortalidad prematura por EPOC

La EPOC es una entidad clínica frecuente que se caracteriza por el desarrollo progresivo de limitación al flujo de aire durante la espiración que es progresiva y no completamente reversible<sup>61</sup>.

Según los datos disponibles sobre mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias del DANE, para el 2012 se presentaron 127 casos equivalente a una tasa de 21.3 por 100.000 habitantes, dato menor al presentado para el año 2011 con 112 casos y una tasa de 19.2 por 100.000 habitantes.

## Índice de higiene oral

Se evidencia que el porcentaje de índice de higiene oral de la población notificada en el subsistema SISVESO durante el 2014, fue 57% teniendo una clasificación de DEFICIENTE, generando una alerta para salud oral de la localidad que debe fortalecer el auto-cuidado, la educación y la corresponsabilidad con el tratamiento odontológico para mejorar los hábitos de higiene oral minimizando al riesgo a padecer de patologías orales, este

comportamiento es similar para el año inmediatamente anterior que muestra un porcentaje de 58%.

### **Prevalencia de Caries cavitacional**

Para la notificación del 2014 con respecto al periodo inmediatamente anterior se evidencia una disminución de 5 puntos en la identificación de caries cavitacional en la población notificada, pasando de 77%(2.638) a 72%(2.679) debido al seguimiento, finalización y control de los tratamientos odontológicos.

### **Porcentaje de Gingivitis y Periodontitis**

Para la notificación del 2014 con respecto al periodo inmediatamente anterior se evidencia una disminución de 6 puntos en la identificación de gingivitis en la población notificada, pasando de 71%(2.543) a 65%(2.395) debido al seguimiento, finalización y control de los tratamientos odontológicos y al fortalecimiento en acciones de promoción y prevención en salud oral.

La periodontitis para el 2014, de acuerdo a la notificación realizada al subsistema disminuyo 1,4 puntos con respecto al año anterior, pasando del 2% al 0.6%. Para este evento se debe continuar el fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención en salud oral.

### **Porcentaje de Fluorosis**

La fluorosis es una patología que afecta a los dientes en el momento de la formación. Para el 2014 en el SISVESO se presenta un incremento de 2 puntos en la notificación de este evento, pasando de 6.7%(241) a 8.6%(323). Lo anterior genera la necesidad de hacer seguimiento a las causas de la aparición de fluorosis enfatizando en el no consumo de cremas dentales fluoradas.

Por SIVIGILA se realiza la notificación para pacientes que pertenezcan a grupo de edad de 6, 12, 15 y 18 años. Para el año 2014, se realizaron 17 notificaciones por este evento. Es importante mencionar que la ficha de notificación específica información de antecedentes de lugar de vivienda, consumo de agua, sal y crema, permite hacer un seguimiento y análisis de causalidad. En los últimos dos años existen evidencias que están asociando la aparición al consumo de las cremas dentales fluoradas.

Los determinantes sociales tales como la educación, la vinculación laboral, la pobreza, la distribución, capacidad y disponibilidad de servicios socio-sanitarios, el curso de vida, las condiciones y costumbres afectan las condiciones, modos y estilos de vida para que las personas puedan contar con el conocimiento y la disponibilidad de medios para realizar sus prácticas de consumo de alimentos, de elementos de higiene, y acceso a servicios de salud entre otros, para el cuidado de su salud bucal en todos sus espacios de vida.

## **2.6 DIMENSIÓN SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

La salud pública en emergencias y desastres busca la prevención del riesgo como una práctica generalizada en el distrito para de esta forma “garantizar la protección de las personas, colectividades y el ambiente, para educar, prevenir, enfrentar y manejar situaciones de urgencia, de emergencia o de desastres, así como aumentar la capacidad de resiliencia y recuperación de las comunidades, aportando a la seguridad sanitaria y al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población”<sup>62</sup>.

## **2.7 DIMENSION SALUD AMBIENTAL**

La dimensión de salud ambiental hace referencia “a los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud. Por consiguiente, queda excluido de esta definición cualquier comportamiento no relacionado con el medio ambiente, así como cualquier comportamiento relacionado con el entorno social y económico y con la genética”<sup>63</sup>.

La salud ambiental tiene como objetivo “promover la salud de las poblaciones que por sus condiciones sociales son vulnerables a procesos ambientales, mediante la modificación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales, fortaleciendo la gestión intersectorial y la participación comunitaria y social en el nivel local, regional, nacional e internacional”<sup>64</sup>.

Sin embargo, el panorama en la localidad en el tema ambiental no es el más alentador. El río Tunjuelo atraviesa cuatro (4) de las cinco (5) UPZ que componen este territorio siendo un foco de contaminación apto para la proliferación de roedores y vectores. A esta situación se le suman los aportes de aguas contaminadas producto del mantenimiento de vehículos que realiza la población en vías públicas, la disposición de aguas servidas y residuos sólidos en canales abiertos como el Santa Isabel y el Tintal, el vertimiento de agua residual del cementerio “El Apogeo”, las construcciones ilegales en la ronda de los ríos que indica que falta gestión por parte de las entidades territoriales para cuidar estas fuentes de agua y el uso inadecuado de los recursos hídricos de la localidad que afecta la salud humana.

Por otro lado, una de las problemáticas más sentidas es la relacionada con la calidad del aire que respira la comunidad de Bosa de acuerdo con los testimonios de los habitantes: “muchas vías se encuentran sin pavimentar generando polvo cuando pasan los vehículos o cuando se levantan fuertes ventarrones”. El conflicto se agudiza por la generación de gases de pintura proveniente de las actividades desarrolladas en talleres de latonería, ubicados sobre la Avenida Dagoberto Mejía, las emisiones de las chimeneas de industrias distribuidas desordenadamente en el territorio, especialmente en la zona de expansión urbana (UPZ Tintal Sur) definida así por el Plan de Ordenamiento Territorial.

Otro determinante de la salud en el tema de contaminación atmosférica es la ausencia notable de especies arbóreas que provean de condiciones favorables el paisaje y así mismo reduzcan la incidencia y dispersión de los contaminantes; acompañado del mejoramiento de los espacios de recreación y esparcimiento que incidan en la salud calidad de vida de los habitantes de la localidad.

Por último, el manejo inadecuado de residuos sólidos en la población es una práctica común en donde la disposición de las basuras se realiza sin separar en las viviendas y en el sector comercial e incluye las ventas ambulantes. Los escombros producto de demoliciones de construcciones de la localidad en su mayoría son entregados a las personas que trabajan con vehículos de tracción animal “zorreros” quienes le dan disposición final en vías sin pavimentar o en lotes abandonados.

### **Coberturas útiles de vacunación para rabia en animales**

La rabia es “una enfermedad viral grave y mortal que puede afectar a todos los mamíferos, incluido el humano. La infección produce daño en el sistema nervioso y ocasiona la muerte. La rabia está presente en todo el mundo. En Estados Unidos, solo ocurren anualmente 2 o 3 casos en humanos, los cuales están por lo general relacionados con la exposición a murciélagos. En cuanto a animales, más de 7.000 casos se reportan cada año en Estados Unidos, principalmente en especies de la fauna silvestre tales como mapaches, zorrinos, y murciélagos”<sup>65</sup>. Para la localidad durante el año 2013 se realizó vacunación en 21.317 animales mientras que en el 2014 se logró realizar a 23.985.

### **Disponibilidad de mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y sistemas de suministro de agua para consumo humano**

El proyecto de vigilancia intensificada “Subsistema Distrital para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo”, hace parte de la Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico, del Área de Vigilancia Sanitaria y Ambiental del Hospital Pablo VI Bosa. Es un proyecto distrital compuesto por dos componentes: Mapas de Riesgo de la Calidad del Agua y Monitoreo de la Red de Acueducto de Bogotá – EAB, cuyos objetivos se resumen a continuación:

- Identificar y analizar los posibles riesgos de la calidad del agua en los sistemas de suministro del Distrito, que puedan generar enfermedades causadas por el consumo de agua.
- Formular, actualizar y socializar los mapas de riesgo de calidad del agua de los sistemas de suministro vigilados por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Vigilar la calidad del agua suministrada por la Empresa de Acueducto de Bogotá, según lo establecido en el Decreto 1575 de 2007 y sus resoluciones reglamentarias.

- Vigilar la calidad del agua para consumo que se distribuye a través de medios alternos como carrotanques.

Los principales logros de este proyecto durante los años 2013 y 2014 se describen a continuación (Tabla 7):

Tabla 7. Logros del proyecto de vigilancia intensificada “Subsistema Distrital para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo” – Años 2013 y 2014

COMPONENTE	LOGROS	
	AÑO 2013	AÑO 2014
MAPAS DE RIESGO DE LA CALIDAD DEL AGUA	23 Mapas de riesgo elaborados aplicando la metodología de los planes de seguridad del agua de la Organización Mundial de la Salud – OMS (7 en Usme, 5 en Sumapaz, 4 en Ciudad Bolívar, 2 en Suba, 2 de la Empresa de Acueducto de Bogotá, 1 en Chapinero, 1 en San Cristóbal y 1 en Usaquén)	45 Mapas de riesgo elaborados aplicando la metodología de los planes de seguridad del agua de la Organización Mundial de la Salud – OMS (17 en Suba, 13 en Usaquén, 5 en Usme, uno de los cuales es una PTAP de la EAB, 5 en Ciudad Bolívar, 4 en Sumapaz y 1 en Chapinero)
	<p>Inspección de 120 vehículos de transporte de agua potable.</p> <p>IVC a 18 empresas transportadoras de agua potable por medio de carrotanques.</p> <p>Toma de 109 muestras in-situ en vehículos de transporte de agua potable.</p> <p>Seguimiento al recorrido de 15 vehículos de transporte de agua potable.</p>	<p>Inspección de 120 vehículos de transporte de agua potable.</p> <p>IVC a 18 empresas transportadoras de agua potable por medio de carrotanques.</p> <p>Toma de 109 muestras in-situ en vehículos de transporte de agua potable.</p> <p>Seguimiento al recorrido de 10 vehículos de transporte de agua potable.</p>
MONITOREO RED EAB	<p>Visitas mensuales a los 5 sistemas de potabilización de la EAB que suministran agua al Distrito.</p> <p>Toma de 62 muestras en los sistemas de potabilización vigilados, donde se pudo determinar mediante los resultados, que cada una de ellas cumple con las características de agua apta para el consumo.</p> <p>Toma de muestras y visitas de inspección para cada uno de los 50 tanques y 2 piletas especiales de monitoreo concertadas.</p> <p>Toma de 614 muestras en los tanques de almacenamiento vigilados, y según los resultados obtenidos en un promedio del 98% de las muestras analizadas fueron aceptables.</p> <p>Toma de 1437 muestras en piletas de la red de distribución.</p>	<p>Visitas mensuales a los 5 sistemas de potabilización de la EAB que suministran agua al Distrito.</p> <p>Toma de 61 muestras en los sistemas de potabilización vigilados, donde se pudo determinar mediante los resultados, que cada una de ellas cumple con las características de agua apta para el consumo.</p> <p>Toma de muestras y visitas de inspección para cada uno de los 50 tanques y 2 piletas especiales de monitoreo concertadas.</p> <p>Toma de 612 muestras en los tanques de almacenamiento vigilados, y según los resultados se presentaron 29 muestras no aceptables en tanques.</p> <p>Toma de 1410 muestras en piletas de la red de distribución.</p>

Fuente: Proyecto Subsistema Distrital para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo” – Años 2013 y 2014

## **Disponibilidad de Políticas relacionadas con la reducción de emisión de contaminantes**

La contaminación ambiental se presenta por la presencia de cualquier agente físico químico o biológico que pueda ser nocivo para la salud de las personas. Desde el Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE, se desarrollan acciones por la línea de aire, ruido y radiaciones electromagnéticas.

En el tema de aire se realiza la atención a quejas por parte de la comunidad para este evento. Es así que en el año 2012 se atendieron 2, para el 2013 un total de 17 y para el 2014 se atendieron 14. Para cada una de estas se dio respuesta y seguimiento a las acciones realizadas. Otra actividad que se lleva a cabo es la sensibilización del riesgo en cuanto a los efectos producidos en la salud por la contaminación del aire. Durante el 2012 se realizaron a un total de 336 personas, para el 2013 fueron un total de 2.536 y en el 2014 se sensibilizaron a 2.254, abarcando todas las UPZ de la localidad.

En cumplimiento de la ley 1335 de 2009, se han realizado 227 operativos de control de espacios 100% libres de humo a 1.135 establecimientos en la localidad de Bosa desde el año 2012 hasta la actualidad. De estos 320 incumplieron la norma y fueron remitidos a la Alcaldía Local para su respectiva sanción. Adicionalmente a los operativos se realizaron socializaciones de espacios libres de humo. Durante el año 2014 se sensibilizaron a 4.062 personas.

En cuanto al tema de ruido, se realizó la atención a quejas comunitarias por la contaminación auditiva de establecimientos abiertos al público y tráfico vehicular. Para el año 2013 se atendieron un total de 9 quejas mientras que para el 2014 se atendieron 7. De igual forma se realizaron sensibilizaciones a la comunidad en el tema de prevención de la contaminación auditiva. Para el año 2013 se incluyó a 712 personas y en el 2014 un total de 2.073 personas.

A nivel general el comportamiento de los niveles de ruido en la localidad en horario diurno es alto (75 a 80 db). Las fuentes fijas de la localidad de Bosa se caracterizan por ser establecimientos comerciales de venta de ropa, calzado, remates, supermercados, entre otros, que ubican parlantes afuera del sitio con música a alto volumen. Normalmente éste tipo de establecimientos no son fuentes generadoras de ruido, sin embargo con el uso de los parlantes se les atribuye esta condición. Esta situación tiene lugar en vías principales en donde se ubican estos establecimientos. El nivel de decibeles en una zona comercial no debe superar los 70 db y los niveles de ruido alto pueden tener efectos negativos como el incremento de estrés, aumento de alteraciones mentales, tendencia a actitudes agresivas, dificultades de observación, concentración, rendimiento y facilitando los accidentes.

En el tema de radiaciones electromagnéticas se sensibilizaron 1.387 personas en el 2013 y 593 en el 2014. En cuanto a la atención a quejas comunitarias, para el año 2014 fueron 3 quejas en zonas donde se presentan un alto índice de instalaciones de antenas de telecomunicaciones de telefonía móvil. Es importante

hacer énfasis en que en los lugares en donde se instalaron las antenas en su momento no eran zonas residenciales, pero con el paso del tiempo se fueron construyendo asentamientos ilegales cerca de estas.

Durante el año 2014 la Localidad presentó una concentración de material particulado menor a 10 micras - PM10 ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ) promedio en el año en una distribución heterogénea en Bosa. En la UPZ 49 Apogeo es donde mayor PM10 se presentaron concentraciones entre 80 – 86  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  en los barrios de Villa del Río, Urbanización Surbana y gran parte del Barrio Olarte, el resto de la UPZ presentó concentraciones entre 68 - 74  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ .

En la UPZ 85 Bosa Central se presentó una distribución heterogénea en las concentraciones de PM10 encontrando concentraciones entre 68 - 74  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  en la zona sur oriental de esta UPZ; comprendida de sur a norte entre la autopista sur y la estación de Bomberos y el parque Clarelandia y de oriente a occidente desde la ronda del río Tunjuelito hasta la calle 68 sur abarcando los barrios José Antonio Galán, la estación, Jiménez de Quesada y Clarelandia. Respecto a las demás UPZ de la Localidad de Bosa las concentraciones de PM10 si fueron homogéneas encontrando concentraciones entre 62 - 68  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ .

### **3. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD**

Este capítulo tiene como objetivo la identificación de las tensiones en salud desde el abordaje de las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021 y la metodología BIT PASE a la equidad en salud. Por lo anterior, se hace necesario que el desarrollo de este análisis situacional guarde coherencia no solo en los términos técnicos sino que también facilite las mediciones para realizar lecturas pertinentes de los procesos de salud-enfermedad explicadas desde el enfoque de los determinantes sociales y orienten de manera adecuada la toma de decisiones.

La tensión se define como: “el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población. La transformación esperada de tensiones es una transición importante en el proceso de elaboración de planes estratégicos, pues es entonces cuando las tensiones identificadas se transforman en propuestas de desarrollo, cuando se abre paso a la posibilidad de generar escenarios prospectivos que van materializando la respuesta a partir de la comprensión y de la configuración deseada desarrollada en el paso anterior<sup>25</sup>.”

#### **3.1 DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL**

Desde la dimensión de convivencia social y salud mental se priorizaron algunas tensiones y se definieron usando la metodología Bit PASE a la equidad en salud. A continuación se describen por etapa de ciclo vital.

##### **Infancia**

La violencia intrafamiliar se entiende como todo acto que violenta la integridad física, psicológica y emocional de alguno de los individuos que componen el ámbito doméstico. De acuerdo a los datos manejados por el subsistema SIVIM (Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual), se presentó un mayor número de casos para el año 2014 con 4.516 notificaciones por algún tipo de violencia en la localidad de Bosa con respecto al 2013 (3.870 notificaciones). De estos el 40,75% se presentó en la UPZ 85 (Central), el 31,11% en la UPZ 84 (Occidental) y en tercer lugar la UPZ 86 (Porvenir) con el 15,86. El bajo nivel educativo en los cuidadores y la baja capacidad de resolución de conflictos en la familia ha ocasionado que este evento se siga presentando y con mayor magnitud. Esta situación viene ocurriendo históricamente debido a las dinámicas sociales que siempre han estado desarrollándose en la localidad.

A pesar de los esfuerzos que realizan los equipos territoriales y los equipos de Vigilancia en Salud Pública para mitigar la problemática, esta desborda la

capacidad de respuesta. Adicionalmente las políticas públicas son débiles ante esta problemática. Otro factor que aumenta la presencia de este evento son los embarazos no deseados que generan un mayor riesgo para estos menores de ser maltratados. Frente a esta situación se tienen estrategias de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva (por ejemplo la estrategia bebé piénsalo bien).

El maltrato infantil trae consecuencias tales como: muertes infantiles que se presentan por negligencia en la atención de los niños y niñas y traumatismos físicos que generan daños irreversibles. Las niñas que fueron víctimas de maltrato en la infancia tienden a embarazo a edades tempranas, como un escape a la situación que viven. Otra consecuencia es el consumo de SPA en los menores, la descomposición familiar y la habitabilidad en calle.

La tensión uno se graficó espacialmente por coropletas a escala microterritorial; las cuales representan la suma del número de reportes de violencia en 2014 como parte del Polo A, la suma del número personas mayores de 18 años y menores de 60 caracterizadas y activas en APS en línea como el Polo B, la suma de embarazos en adolescentes en el 2014, el número de mortalidades infantiles de madres adolescentes en el 2014 y el número de reportes de consumo de spa en 2013 como partes de la implicación.

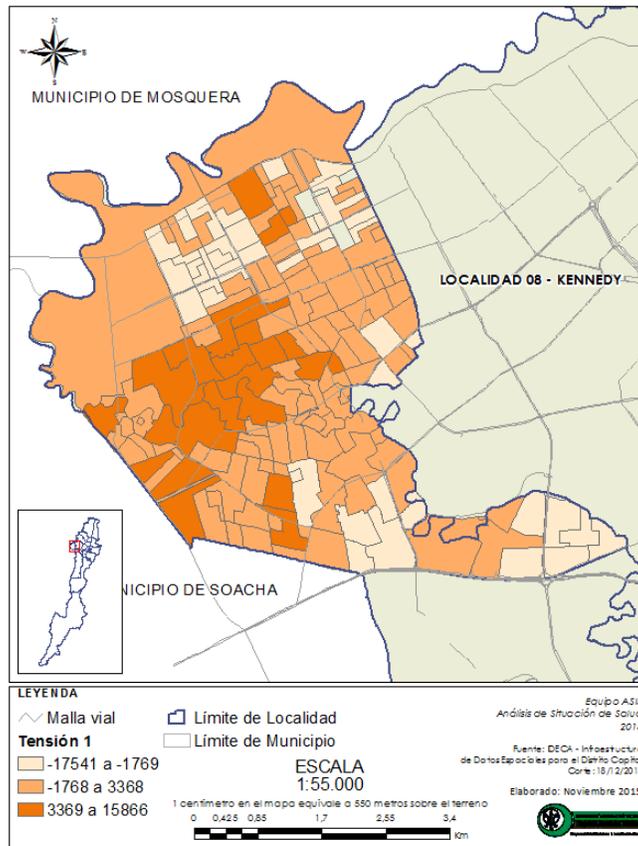
La cifra del Polo B se calculó dándole un peso al nivel educativo de la persona mayor de 18 años y menor de 60 caracterizada y activa en APS en línea, es decir si la persona es analfabeta se le daba un mayor peso y a la persona no analfabeta se le daba un peso menor y negativo de acuerdo a los años cursados en cada nivel educativo (primaria, secundaria, técnico, tecnológico, pregrado y posgrado) dado que se postula que a mayor educación menor riesgo de que se genere maltrato infantil.

Luego se multiplica la cifra del peso del nivel educativo de cada cuidador por la cantidad de infantes presentes en el núcleo familiar de este, si no existía ningún infante la cifra quedaba sin ser modificada. Finalmente se realizó la sumatoria de las cifras obtenidas por cada cuidador en cada uno de los microterritorios.

La suma del total de los polos y las implicaciones representan una cifra que entre más alta sea esta, mayor será el riesgo de vulnerabilidad de los infantes en el microterritorio.

Como se observa en el mapa 10 los microterritorios donde mayor riesgo de vulnerabilidad de los infantes se concentra principalmente al occidente de la UPZ 84 Bosa Occidental correspondiente al territorio 15, los otros microterritorios donde mayor riesgo de vulnerabilidad de los infantes se concentra están dispersos en los territorios 3, 4, 5, 7, 9, 12, 13 y 14.

Mapa 10. Distribución de la Tensión 1 en la Localidad de Bosa



Fuente Archivo cartográfico Hospital Pablo VI Bosa. 2014

## Adolescencia

En la adolescencia se identifican tensiones en los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas están dentro de los tres primeros problemas de salud mental por lo que son responsables de una parte importante de la carga de morbi-mortalidad y de pérdida de años por vida productiva en el país. A nivel distrital se notificaron para el 2014, 2.798 casos de consumo de SPA. Para la localidad de Bosa en el año 2013, se realizaron 316 notificaciones al subsistema VESPA, de estas el 77,5% fueron adolescentes. Esta situación se ha venido presentando históricamente debido a las dinámicas sociales que siempre han estado desarrollándose en la localidad.

A partir de la aplicación del instrumento de medición VESPA a los usuarios atendidos por el área de psicología en la vigencia de 1 de septiembre de 2014 al 31 de diciembre de 2014 se puede observar que la edad de inicio de consumo para los hombre fue a los 14 años, al igual que para las mujeres. La sustancia que mas se consumo tanto en los hombres como en las mujeres es el alcohol. Al dialogar con las personas atendidas, manifiestan que el consumo se inicia por lo general a estas edades.

Como resultados de la Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas VESPA se encontró que para el año 2014, 288 hombres y 201 mujeres consultaron los servicios del CAMAD en la vigencia. Se puede observar que la sustancia de inicio tanto para hombres como para mujeres fue el alcohol (54%) y seguridad del tabaco (23%). Aun las drogas licitas son las preferidas por los usuarios en ambos sexos para iniciar su consumo o a las que tiene acceso más fácilmente. Además se encontró que la sustancia de mayor impacto para los hombres fue la marihuana (35%), seguida del bazuco (33%); mientras que para las mujeres fue el alcohol (72%), el tabaco (30%) y la seguridad del tabaco (23%).

A través de los espacios de análisis comunitario de los COVECOM, las unidades de análisis territoriales desarrolladas por el ámbito comunitario y los encuentros entre las diferentes redes de políticas poblacionales del componente de gestión local se ha logrado identificar que en la población adolescente interactúan determinantes de orden proximal como la desestructuración de los núcleos familiares lo cual es coherente con la dinámica de conformación de núcleos en la localidad que es predominantemente nuclear o recompuesta de acuerdo a la información de APS. En este contexto las comunidades identifican problemáticas como la falta de oportunidades, de redes de apoyo, presencia de problemáticas psicológicas y la falta de información sobre el consumo de SPA que se encuentran relacionadas con la violencia.

En términos de las condiciones intermedias aunque han mejorado las condiciones educativas en la localidad, aun se identifican los escenarios de consumo de SPA en los lugares aledaños a los colegios, la situación económica ha ubicado a los adolescentes en contextos laborales irregulares en donde se exponen a situaciones que propician el consumo y la violencia de acuerdo a las narrativas de las comunidades. De igual manera se presentan escenarios de vinculación para el joven como las barras futboleras que aunque han sido objeto de proyectos locales e institucionales aun constituyen un escenario de riesgo para el consumo. De la misma manera no se identifica más que un escenario de atención a para la población en situación de consumo que no logra la cobertura para atender a la población que lo requiere.

En términos estructurales la localidad de Bosa tiene una economía centrada en el empleo particular (69%) en su mayoría a través de los contratos de trabajo. Esta situación que es propia de un modelo capitalista que flexibiliza las relaciones empleador empleado, en donde quien es el o la jefe de hogar debe permanecer trabajando para cubrir las necesidades básicas del grupo familiar lo que ubica la responsabilidad del cuidado a familia extensa o en otros casos a través de redes de pares en los adolescentes en donde pueden iniciarse las prácticas de consumo o la exposición a contextos violentos.

## **Juventud**

El suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes en el mundo. La tasa de muerte por suicidio ha venido en aumento en los últimos años en la localidad

de Bosa, la tasa de muerte por suicidio para el 2012 fue de 12.4 por 100.000 habitantes (38 casos), la más alta presentada con la información oficial DANE. Para el año 2014, se notificaron a SISVECOS 8 casos de suicidio consumado. Los casos corresponden a las UPZ 85 Central y 87 Tintal Sur con tres casos para cada una (37,5%) y 49 Apogeo con un caso (12,5%). Esta situación se ha venido presentando históricamente debido a las dinámicas sociales que siempre han estado desarrollándose en la localidad.

En los generadores de este evento están la ausencia de mecanismos de diálogo (familia, amigos y sociedad), pobres redes de apoyo, los trastornos depresivos y los bajos recursos económicos que son quienes aportan. Otra situación que se presenta y que agrava la situación de los suicidios es el tabú de recibir ayuda psicológica.

Las consecuencias que se presentan por el suicidio son el aumento de riesgo suicida y de patologías psiquiátricas en sus familiares o personas cercanas y la ruptura personal y social.

### **Adultez**

La violencia contra la mujer es "la causa y a la vez, la consecuencia de la discriminación contra la mujer". En el 2014 de cada 100.000 mujeres habitantes en la localidad de Bosa, 981 sufrieron algún tipo de violencia, siendo mayor que lo presentado para el año 2013 (885.8 por 100.000 mujeres). Se presenta por otro lado la inequidad laboral y económica para las mujeres que es otro tipo de violencia. En los aspectos que se presentan para que se de este tipo de violencia se encuentran, los factores culturales como el machismo, la falta de educación (en agresor y/o víctima), la desigualdad de género y situación económica de las familias. Esta situación se ha venido presentando históricamente debido a las dinámicas sociales que siempre han estado desarrollándose en la localidad.

La violencia contra la mujer es ejercida en la mayoría de los casos por su pareja, situación que se ve agravada por las leyes laxas que no imponen sanciones ejemplares a los que las incumplen. Como consecuencias de este evento se pueden evidenciar, lesiones físicas y psicológicas (enfermedades mentales como depresión, estrés postraumático y otros) que en ocasiones pueden llevar hasta homicidios y suicidios.

### **3.2 DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES**

Aunque las condiciones no transmisibles se encuentran presentes en todas las etapas del ciclo, fueron evidenciadas con más énfasis para la juventud y el Adulto mayor dadas las características poblacionales descritas en apartados anteriores. Situaciones como el embarazo no planeado, la conducta suicida y el consumo de SPA en jóvenes, o la EPOC, al diabetes mellitus y los accidentes cerebro vasculares en las personas mayores caracterizan esta dimensión.

## **Juventud**

De acuerdo a la encuesta multipropósito la asistencia escolar para los jóvenes de 16 a 17 años fue de 80,2% y de 18 a 25 fue de 35,4%, lo que indica peores oportunidades para esta etapa en términos del acceso a la educación de esta población, sumado al hecho de la dependencia de la formación para el acceso al sector económico y de las necesidades de ingresos para este grupo de edad para su subsistencia o el apoyo de sus familias. La condición estructural de un Estado que no promueve la educación técnica y superior pública, sumada a los altos costos y la poca cobertura en los territorios (determinante intermedio) ubica al joven en un escenario de varios riesgos entre los que se encuentran la exposición a trabajos ilegales y explotación comercial, exposición a riesgos como el consumo de SPA, vandalismo, depresión y ansiedad que ofrecen alternativas de escape o de solución inmediata frente a las dificultades que vive la población.

No necesariamente las condiciones educativas y laborales en el joven predicen un desenlace como el consumo de SPA, la depresión y el suicidio; también deben tenerse en cuenta las características proximales de los individuos que se expresan a través de sus capacidades que se originan en sus contextos familiares y personales. Sin embargo tal como se mencionó en la dimensión anterior los contextos en los que se desarrollan estas capacidades en una gran mayoría de jóvenes son contextos de padres trabajadores que no permanecen en el hogar y que delegan las funciones de cuidado a otros familiares o al mismo joven que debe cuidar de los demás integrantes de la familia. El desarrollo de capacidades como condición para la materialización del proyecto de vida en este caso también se encuentra permeado por el mismo contexto de desarrollo para el joven y supone un riesgo que puede relacionarse con este tipo de prácticas y consecuencias.

Espacios como el de la sala situacional en el que se ha abordado las problemáticas de esta etapa identificaron que los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas están dentro de los tres primeros problemas de salud mental, ya que son responsables de una parte importante de la carga de morbi-mortalidad y de pérdida de años por vida productiva en el país, que en la localidad estas situaciones se relacionan con el contexto de desarrollo y que determinantes como la educación y el trabajo son centrales en su explicación así como para su solución.

## **Adulto mayor**

Las enfermedades crónicas no transmisibles tienen mayor prevalencia en la etapa de ciclo vital vejez. En las de mayor presentación en esta etapa están: la diabetes mellitus, con una tasa de mortalidad por este evento de 13,2 por 100.000 habitantes para el año 2012, los eventos cerebro - vasculares que tienen una tasa de mortalidad de 23,3 por 100.000 para ese mismo año y por EPOC donde la tasa de mortalidad fue de 21,3. Esta situación se ha venido presentando históricamente

debido a las dinámicas sociales que siempre han estado desarrollándose en la localidad.

El desarrollo de enfermedades crónicas puede rastrearse cada vez más en etapas previas a la vejez, en términos del desarrollo de hábitos y estilos de vida poco saludables por parte del adulto trabajador. Espacios laborales que no promueven la actividad física, condiciones económicas y sociales que implican una mayor dedicación horaria al trabajo incluso afectando las prácticas alimentarias saludables para la población, pueden ser algunos de los desencadenantes de la enfermedad crónica que se presentara en la persona mayor.

Las condiciones nutricionales sumadas a las dificultades de acceso y calidad en los alimentos en la localidad, la pobre cultura por el deporte y la actividad física en las personas mayores, el rol asignado a este grupo poblacional como menos relevante para la familia al salir de la cadena productiva y las grandes dificultades que atraviesa el sistema de salud en términos del aseguramiento y diagnóstico de la enfermedad crónica han supuesto unos determinantes centrales para el desarrollo y aumento de la enfermedad crónica local.

Incluso no son solo las enfermedades crónicas presentes en esta etapa del ciclo vital la única problemática sino que a la vez estas se han transformado en un determinante de condiciones más graves como la discapacidad por enfermedad que no solo acentúan la problemática del sector salud para su atención sino que afectan en mayor medida la calidad de vida de las personas mayores que consiguen una barrera más que les impide disfrutar de esta etapa.

### **3.3 DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**

#### **Infancia**

La seguridad alimentaria y nutricional para la etapa del ciclo vital infancia reviste gran importancia en la localidad puesto que los primeros años de vida son determinantes para el adecuado desarrollo de la vida y las condiciones nutricionales identificadas en Bosa han presentado resultados que aun distan de las metas de gobierno planteadas.

Para el año 2014, la desnutrición infantil no logra las metas de plan de gobierno. La prevalencia de la desnutrición crónica fue del 20,4% y de desnutrición global en 5,1%. La presentación por UPZ de desnutrición global fue de la siguiente forma: UPZ 84 tiene una prevalencia de 5,3%, UPZ 85 de 4,6%, las UPZ 49 y 87 con 4,1% y la UPZ 86 con 4%. Para la desnutrición crónica la prevalencia por UPZ fue de: UPZ 87 de 21,7%, UPZ 84 y 86 de 21,1%, UPZ 85 19,8% y UPZ 49 de 13%. Este evento es un fenómeno de origen multifactorial, que surge como resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas. Esta situación se ha venido presentando históricamente debido a las dinámicas sociales que siempre han estado desarrollándose en la localidad.

El estado y la familia han dejado sin protección alimentaria a menores de cinco años en la localidad, lo que ha causado un gran número de casos de desnutrición. Los niveles de pobreza impiden una adecuada disponibilidad de alimentos. Adicionalmente existen bajas coberturas en los programas de asistencia alimentaria para los menores de cinco años. La desnutrición infantil general retraso en el crecimiento y desarrollo del niño(a), aumento en el riesgo de enfermedades, ausentismo escolar y muerte.

Los casos de desnutrición y malnutrición se concentran en las UPZ central y occidental que son territorios densamente poblados y con afluencia de población víctimas del conflicto armado conformadas por familias numerosas, desestructuradas y que como consecuencia del conflicto armado llegan a la localidad con importantes problemas de salud entre ellos el de nutrición en sus niños.

En estos territorios como parte de los determinantes intermedios se identifica un pobre acceso a programas de nutrición como los comedores comunitarios para la gran demanda presentada así como de jardines infantiles especialmente para el grupo de 3 a 5 años, como consecuencia de empleos inestables o tal como se refiere en los espacios de análisis por la desestructuración de las familias que pone a un solo individuo como el responsable de la manutención de un grupo familiar muy amplio.

Lo anterior sumado a los incrementos anuales en la canasta familiar y la falta de coherencia entre esta y el salario mínimo legal vigente obliga a las familias a unas condiciones nutricionales inadecuadas que tienen un peor efecto sobre los primeros años de vida.

De forma adicional y como determinante proximal se encuentra que los padres y sus familias no han desarrollado habilidades frente a la alimentación de sus niños incluso desde los primeros meses de vida lo que se evidencia en el no aumento de la mediana de lactancia materna en la localidad, lo cual sigue siendo una preocupación en las acciones desarrolladas por el sector salud a través del programa territorios saludables.

Desde el nivel local, el programa territorios saludables realiza intervenciones con nutricionistas para mejorar el estado nutricional de los menores canalizando a servicios de atención alimentaria a fin de disminuir este evento así como por parte de los equipos de políticas públicas en busca de la garantía de la seguridad alimentaria y nutricional para los niños y las niñas de la localidad.

### **3.4 DIMENSIÓN DERECHOS SEXUALES Y SEXUALIDAD**

#### **Adolescencia**

El embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública. La mujer en esta edad no tiene la suficiente madurez para afrontar este tipo de situaciones

adecuadamente, además trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud del binomio madre e hijo. Durante el año 2014, se presentaron 1.924 casos en total de nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años en la localidad. La UPZ que presentó el mayor número de casos fue la UPZ Central con 550 casos (28,6%) seguida de la UPZ Occidental con 523 casos (27,1%) y UPZ Porvenir con 347 casos (18%).

De las muertes infantiles ocurridas en el año 2014, el 26,2% (18 casos) fueron hijos de madres adolescentes, el mayor número de casos ubicado en la UPZ 84. Adicionalmente se presentó un evento de mortalidad materna en una madre adolescente en la UPZ 85. Los determinantes para que este evento se presente en la localidad se identifican, la desarticulación entre los sectores de salud y educación, redes de apoyo familiar e institucional insuficientes y la falta de oportunidades para acceder a la educación. Esta situación se viene presentando históricamente debido a las dinámicas sociales que han estado desarrollándose en la localidad.

El desconocimiento de cómo llevar una sexualidad responsable sumado a la negligencia familiar e institucional sobre este tema, la presencia de familias disfuncionales (con violencia intrafamiliar) y la presión de pares que inciden sobre el inicio temprano de las relaciones sexuales. Adicionalmente los programas de planificación familiar no cuentan con la cobertura para todos los adolescentes o no cumplen las expectativas que ellos manejan.

Las consecuencias de esta situación son la fractura familiar, los proyectos de vida basados en el inicio de una familia a temprana edad y el que se repita el ciclo a futuro con familias disfuncionales, embarazos adolescentes y mortalidades maternas e infantiles.

### **3.5 DIMENSIÓN SALUD Y ÁMBITO LABORAL**

#### **Adultez**

Según el perfil económico y empresarial de la localidad de Bosa del año 2007, la tasa de ocupación de Bosa es del 56%. La tasa de desempleo fue de 10,5%, siendo la cuarta localidad con mayor tasa de desempleo en la ciudad. Este evento genera en ocasiones problemas psicológicos que pueden llevar al suicidio. Es de mencionar que de los casos de suicidio ocurridos para el 2014, el 12,5% (1 caso) el desencadenante fue los problemas relacionados con el desempleo. Esta problemática viene afectando la localidad desde los años 90.

Los determinantes que se encuentran son la falta de acceso a la formación para el trabajo, con una sobre demanda de empleos, asociado al poco incentivo para la creación de empresa o microempresa (se encasilla a la persona a ser "empleado" y no a crear y generar empleo). Por lo tanto los jóvenes que no tienen una formación o la experiencia requerida para el trabajo no tienen oportunidades laborales.

Las condiciones educativas de base expuestas en el apartado sobre contexto socioeconómico local, que muestran un aumento en la cobertura educativa para los primeros años pero no para la juventud y adultez, sumado esto a los costos de la educación privada en los niveles técnico y superior suponen una barrera importante para que las y los adultos accedan a un mercado laboral en donde se logre cierta estabilidad laboral así como un salario digno en unas condiciones en el marco de los derechos laborales que consagra la constitución.

Como consecuencias de esto se dan la delincuencia común, el aumento de la violencia intrafamiliar, los problemas de salud mental (incluso suicidios) y problemas económicos a nivel de la familia. Otro aspecto a mencionar es el que la población joven y adulta no cuenta con un ingreso económico que permita acceder a servicios.

## BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud OMS [Internet] Ginebra: 2013 [citado 2 de Abril 2013] Disponible en: <http://www.who.int/es/>
2. Lip, C & Rocabado, F. Determinantes Sociales de la Salud en Perú. Cuadernos de Promoción de la salud N 17.2005.
3. Secretaria Distrital de Salud [Internet] Bogotá: 2013 [citado 20 de Abril de 2013] Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Style%20Library/default.aspx>
4. Donny, M. Género, desplazamiento, derechos [Internet] Bogotá [citado 10 de Abril 2013] Disponible en: <http://www.piupc.unal.edu.co/catedra01/pdfs/DonnyMeertens.pdf>
5. Cobo, Bedia, R. Educar en la ciudadanía: Perspectivas feministas. Madrid. Los libros de la catarata; 2009
6. Arnal, J. Investigación educativa: Fundamentos y metodología. Barcelona: Labor. 1992
7. Habermas, J. Conocimientos e interés en ciencia y técnica como ideología. Madrid: Tecnos; 1986
8. Estrada, Á. M. Recursos crítico-interpretativos para la psicología social. (U. d. Mesa Grupo de Psicología Social Crítica, Ed.) 19 (2). 2010
9. Taylor, S. Bogdan, R. Introducción a la observación participante. Capitulo 2. Barcelona: Paidós; 1992.
10. Ministerio de la Protección Social [Internet] Bogotá: 2010 [citado 15 de Abril 2013] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ASIS-Tomo%20I--Caracter%20C3%ADsticas%20sociodemográficas%20de%20la%20población%20colombiana.pdf>
11. Calero, E. R. Enfermería comunitaria: métodos y técnicas. Edit: DAE, S.L. 2000.
12. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria de Hacienda, Departamento Administrativo de Planeación. Recorriendo Bosa: Diagnóstico Físico y Socioeconómico de las localidades de Bogotá, D.C. [Internet] Bogotá: 2004 [citado 10 de Abril 2011] Disponible en: [http://impuestos.shd.gov.co/portal/page/portal/portal\\_internet\\_sdh/publicaciones/Est\\_fis\\_pub/localidades\\_est\\_pub/RECORRIENDO\\_BOSA.pdf](http://impuestos.shd.gov.co/portal/page/portal/portal_internet_sdh/publicaciones/Est_fis_pub/localidades_est_pub/RECORRIENDO_BOSA.pdf)

13. Secretaria Distrital de Planeación. Decreto 364 de 2013 [Internet] Bogotá: 2013 [citado 4 de Julio 2011] Disponible en: [http://www.sdp.gov.co/PortalSDP/POT\\_2020](http://www.sdp.gov.co/PortalSDP/POT_2020)
14. Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE. Diagnóstico Línea de transporte y energía. 2007.
15. Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE. Diagnóstico Local con participación social 2009-2010 [Internet] Bogotá: 2010 [citado 12 de Noviembre 2012] Disponible en: [http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/pagina/index.php?option=com\\_remository&Itemid=72&func=fileinfo&id=417](http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/pagina/index.php?option=com_remository&Itemid=72&func=fileinfo&id=417)
16. Mesa Ambiental Local MAL. Boletín Ambiental Comunitario No. 1. Junio de 2009.
17. Subdirección general de desarrollo urbano. [Internet] Bogotá: 2013 [citado 24 de Julio 2015] Disponible en: [www.idu.gov.co/.../tramites\\_documentos?...boletin\\_malla\\_vial\\_bogota](http://www.idu.gov.co/.../tramites_documentos?...boletin_malla_vial_bogota).
18. Secretaria Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito 2014. [Internet] Bogotá: 2010 [citado 12 de Noviembre 2012] Disponible en: [http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Encuesta\\_Multiproposito\\_2014/Cartilla-Multiproposito.pdf](http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Encuesta_Multiproposito_2014/Cartilla-Multiproposito.pdf)
19. Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE. Documento ASIS diferencial. 2014.
20. Secretaria Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito 2011. [Internet] Bogotá: 2011 [citado 28 de Julio 2015] Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDsticas/2011/DICE115-CartillaEncuesMultipropos-2011.pdf>
21. Grupo del banco mundial. Índice de GINI [Internet] Bogotá: 2015 [citado 3 de Agosto 2015] Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI/countries?display=m>
22. Secretaria Distrital de Planeación. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos 2011. Localidad Séptima de Bosa.
23. Secretaria Distrital de Educación. Caracterización del sector educativo 2013. [Internet] Bogotá: 2014 [citado 5 de Agosto 2015] Disponible en: [http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/SECTOR\\_EDUCATIVO/ESTADISTICAS\\_EDUCATIVAS/2013/BoletinEstadisticoAnual2013.pdf](http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/SECTOR_EDUCATIVO/ESTADISTICAS_EDUCATIVAS/2013/BoletinEstadisticoAnual2013.pdf)
24. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria de Hacienda, Departamento Administrativo de Planeación. Recorriendo Bosa: Diagnóstico Físico y

Socioeconómico de las localidades de Bogotá, D.C. [Internet] Bogotá: 2004 [citado 5 de Agosto 2015] Disponible en: [http://impuestos.shd.gov.co/portal/page/portal/portal\\_internet\\_sdh/publicaciones/Est\\_fis\\_pub/localidades\\_est\\_pub/RECORRIENDO\\_BOSA.pdf](http://impuestos.shd.gov.co/portal/page/portal/portal_internet_sdh/publicaciones/Est_fis_pub/localidades_est_pub/RECORRIENDO_BOSA.pdf)

25. Secretaria Distrital de Salud. Anexo técnico Diagnóstico Local 2014. [Internet] Bogotá: 2015 [citado 10 de Agosto 2015] Disponible en: [http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=ASIS\\_2015\\_ABRIL](http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=ASIS_2015_ABRIL)
26. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Internet] Bogotá: 2011 [citado 10 de Agosto 2015] Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es](http://www.who.int/social_determinants/es)
27. Naciones Unidas: Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet] Suiza 1948 [citado 11 de Agosto 2015] Disponible en: [www.un.org/es/documento/udhr/](http://www.un.org/es/documento/udhr/)
28. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011 - 2021 [Internet] Bogotá 2008 [citado 11 de Agosto 2015] Disponible en: [www.paho.org/cor/](http://www.paho.org/cor/)
29. Documento Técnico de la Situación en Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN). [Internet] Bogotá 2012 [citado 12 de Agosto 2015] Disponible en: [www.osancolombia.go.co/doc/Documento\\_tecnico\\_situacion133220313.pdf](http://www.osancolombia.go.co/doc/Documento_tecnico_situacion133220313.pdf)
30. Profamilia. Lactancia Materna y estado nutricional. [Internet] Bogotá 2012 [citado 12 de Agosto 2015] Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-11.pdf>
31. Secretaria Distrital de Salud. Guía para la atención de brotes de ETA. [Internet] Bogotá 2011 [citado 13 de Agosto 2015] Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Todo%20Emergencias/Guia%20Atenci%C3%B3n%20de%20Brotes%20ETA1%20Vr%204.pdf>
32. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia bajo peso al nacer. [Internet] Bogotá 2010 [citado 13 de Agosto 2015] Disponible en: <http://www.ipsunipamplona.com/> (último acceso: 08 de 2013).
33. Programa mundial de alimentos. Hambre mundial. [Internet] Bogotá 2010 [citado 13 de Agosto 2015] Disponible en: <http://es.wfp.org/hambre/el-hambre>
34. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. [Internet] Bogotá 2010 [citado 13 de Agosto 2015] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>

35. Instituto Nacional de Salud. Enfermedades transmisibles. [Internet] Bogotá 2014 [citado 14 de Agosto 2015] Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/transmisibles.aspx#.Vdzt1dKG8Yk>
36. Ministerio de la Protección social. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles. [Internet] Bogotá 2014 [citado 14 de Agosto 2015] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensi-on-vidasaludable-yenfermedades-transmisibles.pdf>
37. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Tos Ferina. [Internet] Bogotá 2014 [citado 15 de Agosto 2015] Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Tos%20ferina.pdf>
38. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Lepra. [Internet] Bogotá 2014 [citado 15 de Agosto 2015] Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Lepra.pdf>
39. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Malaria. [Internet] Bogotá 2014 [citado 15 de Agosto 2015] Disponible en: <http://www.ins.gov.co/temas-de-interes/Documentacin%20Malaria/01%20Protocolo%20Malaria.pdf>
40. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Rabia. [Internet] Bogotá 2014 [citado 15 de Agosto 2015] Disponible en: <http://www.ins.gov.co/temas-de-interes/Rabia/PRO-R02.003.0000-029%20RABIA.pdf>
41. Subsecretaria de Salud Pública. Proyecto de desarrollo de autonomía en salud mental. [Internet] Bogotá 2014 [citado 15 de Agosto 2015] Disponible en: [http://saludpublicabogota.org/wiki/images/d/dc/9.\\_ANEXO\\_OPERATIVO\\_PDA\\_SALUD\\_MENTAL\\_ABRIL\\_2015.pdf](http://saludpublicabogota.org/wiki/images/d/dc/9._ANEXO_OPERATIVO_PDA_SALUD_MENTAL_ABRIL_2015.pdf)
42. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Fundación Fes-Social. Colombia. 2003. Pág. 9.
43. Alcaldía Mayor de Bogotá. Estudio de Consumo de sustancias psicoactivas Bogotá 2009. [Internet] Bogotá 2014 [citado 16 de Agosto 2015] Disponible

en:

[http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/documentacion/estudios/Estudio\\_consumo\\_SPA\\_en\\_Bogota\\_2009.pdf](http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/documentacion/estudios/Estudio_consumo_SPA_en_Bogota_2009.pdf)

44. Moncada M, y Ruiz L. Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Documento Marco Conducta Suicida PDA Salud Mental. Bogotá 2013
45. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Observatorio de coyuntura socioeconómica centro de investigaciones para el desarrollo. La Asignación del Tiempo de los Jóvenes en los grandes Centros Urbanos. Boletín N. 3. 2012
46. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el estado de la seguridad vial en la región de las Américas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2009. p. 14
47. Instituto Nacional de Medicina Legal y Forenses. Muertes y lesiones no fatales por accidentes de tránsito Bogotá 2011. [Internet] Bogotá 2011 [citado 16 de Agosto 2015] Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34616/7-F-11-Transito.pdf/40ea4d45-f98b-4289-879e-73dbb811789d>
48. Velasco, O. C. (2010). Suicidio de niños y adolescentes. Situaciones de riesgo y alternativas de solución. Popayan: Universidad del Cauca.
49. Programa territorios Saludables. Guía operativa del ámbito laboral. [Internet] Bogotá 2011 [citado 16 de Agosto 2015] Disponible en: [http://saludpublicabogota.org/wiki/images/f/f6/New\\_document\\_GUIA\\_OPERATIVA\\_AMBITO\\_LABORAL\\_2015\\_OK.pdf](http://saludpublicabogota.org/wiki/images/f/f6/New_document_GUIA_OPERATIVA_AMBITO_LABORAL_2015_OK.pdf)
50. Código Laboral Colombiano. Ministerio de la Protección Social ley 1562 de 2012. [Internet] Bogotá 2012 [citado 17 de Agosto 2015] Disponible en: <http://www.gerencie.com/definicion-legal-de-accidente-de-trabajo.html>
51. Ministerio de Salud. Declaración de los Derechos Sexuales. [Internet] Bogotá 2012 [citado 17 de Agosto 2015] Disponible en: [http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/derechos%20humanos/sexualidad/decladerecsexu.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sexualidad/decladerecsexu.pdf)
52. Informe Mundial de la Juventud: La juventud y migración 2013 [Internet] Estados Unidos. 2012 [citado 26 de Abril 2014] Disponible en: [www.un.org/es/globalissues/youth/](http://www.un.org/es/globalissues/youth/)
53. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Centro de prensa. Nota descriptiva 348. Mayo 2012. [Internet] Bogotá 2012 [citado 17 de

Agosto 2015] Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es>

54. Secretaría Distrital de salud. Actas unidades de análisis de mortalidad materna. Bogotá, 2014
55. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Hepatitis B. [Internet] Bogotá 2014 [citado 15 de Agosto 2015] Disponible en:  
[http://www.ministeriodesalud.gov.co/gestores\\_en\\_salud/derechos%20humanos/sexualidad/decladerecsexu.pdf](http://www.ministeriodesalud.gov.co/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sexualidad/decladerecsexu.pdf)
56. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Sífilis Gestacional. [Internet] Bogotá 2014 [citado 15 de Agosto 2015] Disponible en:  
<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Sifilis%20Gestacional%20y%20Congenita.pdf>
57. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles y discapacidades. [Internet] Bogotá 2014 [citado 15 de Agosto 2015] Disponible en:  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=1199&Itemid=852&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1199&Itemid=852&lang=es)
58. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes. [Internet] Bogotá 1999 [citado 15 de Agosto 2015] Disponible en:  
[http://www.who.int/diabetes/action\\_online/basics/es/](http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/)
59. Ministerio de Salud y de Protección Social. Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia 2012 -2020. [Internet] Bogotá 2012 [citado 16 de Agosto 2015] Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20nacional%20para%20el%20control%20del%20c%C3%A1ncer%20en%20Colombia.pdf>
60. Mario Muñoz – Collazos. Enfermedad cerebrovascular. [Internet] Bogotá 2014 [citado 16 de Agosto 2015] Disponible en:  
<http://www.acnweb.org/guia/g1c12i.pdf>
61. Fundación neumológica Colombiana. Guía de practica clínica EPOC. [Internet] Bogotá 2003 [citado 16 de Agosto 2015] Disponible en:  
<http://www.neumologica.org/Archivos/ADULTOS/EPOC%20GPC.pdf>
62. Ministerio de Salud y de Protección Social. Dimensión en salud publica en emergencias y desastres. [Internet] Bogotá 2014 [citado 17 de Agosto 2015] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Dimensi-on-saludpublica-emergenciasydesastres.pdf>

63. Organización Mundial de la Salud. Salud Ambiental. [Internet] Bogotá 2015 [citado 16 de Agosto 2015] Disponible en: [http://www.who.int/topics/environmental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/environmental_health/es/)
64. Ministerio de Salud y de Protección Social. Dimensión en salud publica en salud ambiental. [Internet] Bogotá 2014 [citado 17 de Agosto 2015] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensi-on-saludambiental.pdf>
65. Food security and Public Health. Rabia. [Internet] Bogotá 2006 [citado 18 de Agosto 2015] Disponible en: [http://www.cfsph.iastate.edu/FastFacts/spanish/S\\_rabies.pdf](http://www.cfsph.iastate.edu/FastFacts/spanish/S_rabies.pdf)