



ALCALDÍA DE  
MOSQUERA

MOSQUERA  
TAREA DE TODOS!



ALCALDÍA DE  
MOSQUERA

# PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Secretaría de Salud

MOSQUERA





# PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2016-2019

## MUNICIPIO DE MOSQUERA

Abril de 2016



## TABLA DE CONTENIDO

	Pagina
<b>Presentación</b> _____	<b>5</b>
<b>Capitulo I. Análisis de la situación de salud bajo el modelo de determinantes de la salud</b> _____	<b>6</b>
<b>Caracterización del contexto territorial</b> _____	<b>6</b>
<b>Caracterización del contexto demográfico</b> _____	<b>13</b>
<b>Efectos sobre la salud o el daño en salud, que involucran la morbilidad y la mortalidad</b> _____	<b>16</b>
<b>Análisis de la Mortalidad</b> _____	<b>16</b>
<b>Mortalidad general por grandes causas</b> _____	<b>16</b>
<b>Mortalidad especifica por subgrupo</b> _____	<b>18</b>
<b>Mortalidad infantil y en la niñez</b> _____	<b>27</b>
<b>Morbilidad en el municipio de Mosquera 2012-2015</b> _____	<b>34</b>
<b>Los determinantes de la salud</b> _____	<b>49</b>
<b>Priorización de los efectos, factores de riesgo y determinantes</b> _____	<b>55</b>



<b>Capitulo II - Priorización en salud Pública</b>	<b>69</b>
--	-----------

<b>Capitulo III Componente estratégico del plan territorial de salud PTS Mosquera 2016-2019</b>	<b>75</b>
---	-----------

<b>Visión compartida de largo plazo frente a la paz, equidad en salud y desarrollo humano sostenible y sustentable</b>	<b>75</b>
--	-----------

<b>Desafíos</b>	<b>75</b>
-----------------	-----------

<b>Objetivos estratégicos</b>	<b>77</b>
-------------------------------	-----------

<b>Objetivos estratégicos municipio de Mosquera</b>	<b>78</b>
---	-----------

<b>Retos y objetivos sanitarios por dimensiones y componentes</b>	<b>79</b>
---	-----------

<b>Metas sanitarias de corto y mediano plazo por dimensiones y componentes e indicadores</b>	<b>83</b>
--	-----------

<b>Componente operativo y de inversiones en salud del plan territorial de salud del municipio de Mosquera</b>	<b>97</b>
---	-----------

## PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 1536 de 2015 estableció las disposiciones para el proceso de Planeación Integral para la Salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal manteniendo como marco de referencia los lineamientos definidos en el Plan Decenal de Salud Pública expedido por el mismo ministerio a través de la Resolución 1841 de 2013.

De acuerdo con lo establecido en los Artículos 2 y 4 de la Resolución 1841 de 2013, le corresponde a dicho Ministerio establecer las directrices y lineamientos para que las entidades territoriales adapten y adopten en cada cuatrienio los contenidos definidos en el Plan Decenal de Salud Pública mediante la formulación de sus respectivos Planes Territoriales de Salud, los cuales se consideran instrumentos estratégicos e indicativos de la política pública en salud a nivel de los departamentos, distritos y municipios, y en parte integral de la dimensión social de los planes de desarrollo territoriales.

El propósito fundamental de los Planes Territoriales de Salud, es el mejoramiento del estado de salud de la población para lograr en el mediano y largo plazo evitar la ocurrencia y progresión de desenlaces adversos de la enfermedad y disminuir las inequidades territoriales en salud.

Con base en la normatividad anteriormente enunciada, el municipio de Mosquera adelantó la elaboración de su Plan Territorial de Salud 2016-2019 aplicando la metodología desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social en la *“Estrategia PASE a la Equidad en Salud”* considerada como la herramienta idónea para definir la priorización en salud pública y el análisis de la situación de salud en su territorio, y teniendo en cuenta la estructura exigida y contenidos establecidos en la Resolución 1536 de 2015, específicamente en los artículos 6 a 22.

Es de anotar que el Plan Territorial de Salud se considera parte integral del Plan de Desarrollo Territorial y por tanto para su aprobación debe presentarse conjuntamente con los planes de desarrollo ante las Asambleas Departamentales, Concejos Municipales y Distritales, en los plazos definidos en la Ley.



## CAPITULO I

### ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD BAJO EL MODELO DE DETERMINANTES DE LA SALUD

#### 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO TERRITORIAL

El municipio de Mosquera se encuentra localizado en la margen occidental del río Bogotá el cual se constituye en límite natural con el Distrito Capital, su localización es de 4° 42'28" de latitud norte y 74° 13'58" de longitud oeste del meridiano de Greenwich, hace parte de la Provincia Sabana Occidente del Departamento de Cundinamarca; tiene una altura de 2.516 metros sobre el nivel del mar metros sobre el nivel del mar con temperatura promedio de 14° C.

Mosquera limita al norte con los municipios de Funza y Madrid; al Sur con la Localidad de Bosa (Distrito Capital) y Soacha; al Oriente con la Localidad de Fontibón (Distrito Capital) y parte de Funza y al Occidente con los municipios de Bojacá y Madrid.

Su cercanía a la ciudad capital del país, 23 Km, ha originado un importante desarrollo industrial en la región alrededor de la Troncal de Occidente que junto con la Transversal de la Sabana son los principales ejes de comunicación vial.

La Troncal de Occidente alimentará, dentro de la propuesta del Modelo de Ocupación Territorial de la Subregión Sabana, el subsistema de corredor denominado Américas - Mosquera que constituye una parte de estructura vial conformada por una interconexión jerarquizada de todas las centralidades y ámbitos de la subregión.

La extensión del municipio es de 107 Km<sup>2</sup>, de los cuales 7.67 km<sup>2</sup> corresponde al área urbana y 99.33 Km<sup>2</sup> al área rural. La mayor parte de la extensión del territorio es plana y hace parte de la zona lacustre marginal de Bogotá. Se trata de un fondo lacustre, con una franja de terrazas lacustres con inclinación muy baja que es atravesada por

arroyos de poca profundidad. En ésta zona plana se hallan los principales asentamientos urbanos del municipio y las áreas de explotación agrícola.

El área rural del municipio se compone de seis (6) veredas:

1. Vereda San Jorge
2. Vereda San Francisco
3. Vereda Siete Trojes
4. Vereda San José
5. Vereda Serrezuelita
6. Vereda Balsillas

La zona montañosa del municipio se halla al sur occidente en la vereda Balsillas en donde se encuentran las formaciones montañosas denominadas cerros de Usca, los cerros de La Herrera, las canteras, los Andes, Mondoñedo, la Piedra de Fierro y el Gordo.

El objetivo principal del modelo de ordenamiento territorial del municipio de Mosquera es el de consolidar el territorio de manera equilibrada social y espacialmente, creando condiciones urbanísticas de calidad, sistemas funcionales y de servicios eficientes adecuados a los requerimientos poblacionales y de desarrollo estratégico teniendo en cuenta el contexto regional.

A través de la aplicación del Plan Básico de Ordenamiento Territorial, PBOT, se formularán políticas, programas y proyectos para consolidar una estructura regional urbana con base en las características de las regiones y los centros urbanos que facilite el desarrollo y permita mejorar las condiciones de vida en el municipio, así mismo busca orientar a la Administración Municipal para que las inversiones se realicen de forma racionalizada y coherente y se logre mejorar las condiciones generales de la producción y el bienestar de la población, a la vez que ordenar el proceso de uso y ocupación del territorio de acuerdo con las potencialidades y recursos de las regiones, los municipios y los centros urbanos.

### **Medio Ambiente y Recursos Naturales**

Una de las ventajas del Municipio de Mosquera por limitar con Bogotá, es tener a su mano una fuente de desarrollo económico como lo son las empresas e industrias que

conforman las zonas francas, pero a su vez tiene que padecer los efectos nocivos que estas ejercen sobre el medio ambiente y la salud de los habitantes.

El proceso de conurbación con Bogotá representado muchas veces por el desarrollo urbano, que ha generado a su vez barrios de invasión y la aparición de más industrias entre las partes urbanas de ambas entidades territoriales, hace que se rebasen las capacidades de soporte de los ecosistemas de Mosquera.

- **Agua**

El municipio de Mosquera hace parte del complejo sistema hídrico de la sabana, concretamente el territorio es recorrido en gran parte por el río Bogotá en los límites sur y oriental; los ríos Bojacá y Subachoque que unidos se denominan Balsillas bordean los límites de las veredas Balsillas, San Jorge y San José; la ciénaga del Gualí y el humedal de la Tingüa se hallan al nororiente del municipio; la laguna de la Herrera está ubicada al sur occidente de la cuenca hidrográfica del río Bojacá, al noroccidente del municipio, y su cuenca posee una extensión de 21.200 hectáreas. Adicionalmente el municipio cuenta con 52 pozos y 45 aljibes.

- **Ecosistemas Estratégicos de Humedal.**

Los principales ecosistemas y sistemas hídricos amenazados y deteriorados por las actividades humanas que se identifican en Mosquera son los siguientes:

#### Laguna de La Herrera

La Laguna de La Herrera se encuentra al sur oriente de la cuenca hidrográfica del río Bojacá, localizada en el costado sur occidental de la Sabana de Bogotá, entre los municipios de Facatativá, Bojacá, Madrid y Mosquera, a 20 Km de Bogotá, con una extensión de aproximadamente 310 hectáreas y un área del vaso del humedal de 281 hectáreas. Se considera uno de los patrimonios más importantes del país.

La Laguna de la Herrera es uno de los cuerpos de agua más grandes que existe en esta región y uno de los últimos humedales de la sabana de Bogotá. A la vez es de gran importancia no sólo ecológica sino también socio económica, ya que hace parte del Sistema de Riego la Ramada, utilizado para el abastecimiento de agua para la producción agropecuaria de los municipios de Sabana de Occidente.

Este ecosistema está caracterizado por ser un cuerpo de agua de poca profundidad, en estado de senectud y con una eutrofización de sus aguas. Por las características mencionadas, el alto contenido de nutrientes y la marcada contaminación de su afluente, debido a las descargas del municipio de Madrid, la laguna presenta un desarrollo excesivo de plantas acuáticas, inhibiendo el desarrollo fito y zooplancton, lo que causa el desplazamiento y casi la pérdida total de las cadenas tróficas basadas en las comunidades subacuáticas microscópicas.

Se encuentra totalmente cubierta de buchón de agua, lo que trae problemas de colmatación, destrucción de hábitat, desestabilización del funcionamiento hidráulico, entre otros. De igual forma recibe vertimientos de aguas residuales y tiene los efectos causados por la escorrentía urbana y de agua lluvia, incluida la erosión y la sedimentación.

Biológicamente constituye un importante refugio para las especies acuáticas del altiplano, engloba igualmente un potencial genético y valioso desde el punto de vista recreacional, convirtiéndose en el último reducto de flora y fauna acuática en el altiplano.

La administración municipal realiza procesos de reforestación en más de 6 hectáreas, los cuales buscan consolidar bosques nativos para mejorar las condiciones ecológicas de este ecosistema. Sin embargo el área de la ronda se encuentra descubierta y expuesta a todos los impactos que se generan alrededor.

### Ciénaga del Gualí

La ciénaga del Gualí Tres Esquinas, está localizada en el Departamento de Cundinamarca, entre los municipios de Funza y Mosquera. El informe preliminar “Determinación de áreas y profundidades medias en los ecosistemas frágiles Florida, Gualí Tres Esquinas y el Juncal” de Ingetoposistemas - CAR del año 1994, reporta las siguientes áreas y profundidades medias: Gualí 65.57 Ha y 2.03 m.; y Tres Esquinas 66.66 Ha y 2.03 m.

Actualmente la Ciénaga presenta un grave deterioro, generado por el alto porcentaje de las aguas residuales del municipio de Funza.

Por lo tanto la problemática ambiental radica en cómo regular un proceso de crecimiento urbanístico, productivo y demográfico, y que a su vez es soporte de la economía municipal por cuanto genera ingresos por concepto de tributos y es una fuente de empleos considerable.

### Humedal Meandro del Say

El humedal Meandro del Say ha estado sometido durante varios años al vertimiento de aguas residuales lo que ha generado contaminación de origen doméstico e industrial, alterando de esta manera el equilibrio microbiano propio de estos sistemas y generando un riesgo sanitario para la comunidad por contacto directo o indirecto con este tipo de aguas. De igual forma, los residuos de origen químico generan un efecto adverso en la flora y fauna del sistema y en la salud pública. Sus principales problemas son:

- \* Fragmentación de la conectividad ecológica del humedal por conflictos prediales.

Consecuencia: Usos del suelo no compatibles con un área de protección y preservación ambiental. Conflictos por tenencia del suelo.

- \* Homogeneización y disminución de las comunidades acuáticas, afectando la diversidad de hábitats para la fauna.

Consecuencia: Colmatación del humedal. Pérdida de biodiversidad.

- \* Presencia de ganadería urbana que deambula por varias zonas del humedal, además un amplio registro de población canina.

Consecuencia: Fragmentación de la vegetación, competencia por recursos y quizás plagas, pestes y depredación hacia la fauna nativa.

- \* Ubicación del humedal en UPZs de tipo industrial.

Consecuencia: Aportes de aguas residuales industriales. Afectación de la calidad del aire. Contaminación del suelo, Afectación de la salud pública.

- \* Actividades agrícolas y de pastoreo en el área de ronda del humedal
- Consecuencia: Deterioro de la calidad del agua, del suelo y eutroficación.

- \* Crecimiento urbano acelerado y en ocasiones no planificado alrededor del ecosistema.

Consecuencia: Vertimientos de residuos residenciales al humedal.

\* Competencia agresiva con la flora típica del humedal por parte de pastos y de especies acuáticas y forestales introducidas.

Consecuencia: Colmatación del humedal. Pérdida de biodiversidad.

\* Falta de articulación y armonización de los planes de desarrollo y de los planes de ordenamiento territorial del municipio de Mosquera y de Bogotá en torno a esta área de protección ambiental.

Consecuencia: Tensiones en la gestión interinstitucional e intersectorial en la dinámica de la ciudad región.

### Humedal La Tingua

Este humedal se encuentra en la unidad básica de planeamiento el Porvenir y puede configurarse como parte del espacio público municipal. Actualmente se ve gravemente afectado por disposición ilegal de escombros.

### Distrito de Riego La Ramada

Este es un ecosistema que se ha creado con el fin de surtir carencias de agua del sector agrícola; igualmente cumple con las funciones de los humedales, así que hidrológicamente se desempeña como controlador de inundaciones, recarga y descarga de agua subterránea y generación de cursos superficiales. Se encuentra ampliamente cubierto con acrofitas como helechos (*Azolla filliculoides*), barbasco (*Hidrocotileranunculoides*) y buchón de agua (*Eichhornia crassipes*), entre otras especies, generando su colmatación y proliferación de vectores y malos olores.

Este distrito se constituye por una serie de vallados que se intercomunican entre sí, los cuales, además de amortiguar crecientes, abastecen a las fincas para riego de sus cultivos e igualmente es vertedero de las mismas, por lo que recibe de esta escorrentía fuentes de nitrógeno y de fósforo que son nutrientes que ayudan a la proliferación de algas y de macrófitos y su colmatación.

- **Ríos de importancia Regional y Nacional**

### Río Bogotá

El río Bogotá es el colector natural de las aguas de escurrimiento de la Sabana de Bogotá, las cuales llegan al mismo sin ningún tratamiento en la mayoría de los casos. Esto ha causado que la calidad del agua en el río se deteriore, hasta extremos que

incluyen la afectación de la salud de los trabajadores agrícolas, en la áreas irrigadas por la misma, así como de los encargados de operar las bombas del sistema de riego; las aguas del río Bogotá son tomadas para el distrito de Riego La Ramada, donde se encuentra instalada una captación para un caudal aproximado de 2.0 m<sup>3</sup>/s. Luego, aguas debajo de esta última captación, empiezan a ingresar al río las aguas servidas de Bogotá. De acuerdo a información reportada en el documento POMCA del río Bogotá, el río recibe una descarga de agua residual del vertimiento PTAR Mosquera con un valor de índice de calidad de agua (ICA) de 40,68 clasificada como Mala, lo cual indica que dificulta el desarrollo de vida acuática.

La escorrentía de la cuenca alta del río Bogotá, está organizada por 15 cuencas hidrográficas, de las cuales la más importante, por su tamaño, es la del río Balsillas, la cual drena toda la parte occidental y representa el 15,5% de la superficie total de la cuenca alta del río Bogotá, siendo sus sub cuencas principales las de los ríos Subachoque, Bojacá y Balsillas bajo. El río Balsillas es el resultado de la unión del río Bojacá y Subachoque. El río Bojacá nace al noreste del municipio de Facatativá y muere en la zona de confluencia con el río Subachoque, punto en el cual ambas corrientes conforman el río Balsillas.

### Río Balsillas

La Cuenca más importante por su tamaño es la del río Balsillas, la cual drena toda la parte occidental y representa el 15,5% de la superficie total de la cuenca alta del río Bogotá. El río Balsillas, es el resultado de la unión del río Bojacá y Subachoque. El río Bojacá nace al noreste del municipio de Facatativá y culmina en la zona de confluencia con el río Subachoque.

### Río Subachoque

Ubicado al occidente de la Sabana de Bogotá y en jurisdicción de los municipios de Subachoque, El Rosal, Facatativá y Madrid, la cuenca del río Subachoque cuenta con un área de 720 Kms<sup>2</sup>. Se constituye en un ecosistema de importancia estratégica, ya que de él depende el riego para las zonas de cultivos de hortalizas y tubérculos que surten los mercados de la capital Bogotá y mercados diversos del país. Así como el riego para los cultivos de flores (3.500 Has) y para el riego de pastos. Además surte el agua para las zonas urbanas de los municipios de Subachoque, El Rosal y Madrid, que en total suma un abastecimiento para 220.000 habitantes.

Por su parte, el río Subachoque tiene un caudal de 1,70 m<sup>3</sup>/S, un área de 387,4 Km<sup>2</sup> y una longitud de 61 km.4, nace en el alto del Boquete y recorre el municipio del mismo nombre de norte a sur, pasando luego por los municipios de Mosquera y Madrid. Dado

que es considerado un ecosistema de importancia estratégica se ha visto afectado por problemas de contaminación, por el uso inadecuado del recurso para riego, al cual se vierten descargas indirectas de agroquímicos.

### Río Bojacá

La sub cuenca del río Bojacá hace parte de la cuenca del río Bogotá. Por su parte, el río Bojacá nace al noreste de Facatativá y desemboca en el río Subachoque, conformando el río Balsillas. El municipio de Bojacá se localiza en la parte baja de su cuenca, sobre su vertiente izquierda.

Con respecto al municipio de Mosquera, el río Bojacá atraviesa las veredas de Balsillas y San Jorge.

## 2. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO DEMOGRÁFICO

De acuerdo con las proyecciones de población del DANE a partir del Censo General 2005, Mosquera para el año 2015 tenía una población de 82.750 habitantes que se incrementó a 84.481 para el año 2016, es decir aumentó en 1.731 personas.

La distribución de la población por área geográfica muestra una notable concentración de la población en el área urbana que pasa del 95.85% en el 2015 al 95.95% en el año 2016, en tanto que la población en la zona rural se disminuye levemente del 4.15% en el 2015 al 4.05% en 2016.

**Población Municipio de Mosquera por área geográfica**

Año	Cabecera	Resto	Total
2015	79.316	3.434	82.750
2016	81.406	3.435	84.841

Fuente: DANE, proyecciones de población con base en Censo 2005

A pesar que en los dos últimos años la población rural parece mantenerse estable según las proyecciones de población, la realidad muestra una tendencia de movilidad de población del área rural al área urbana dadas las limitadas oportunidades de trabajo de la población rural, el desestimulo de la actividad agrícola, los altos costos de los insumos agrícolas y un creciente cambio de uso del suelo, aspectos que propician que los moradores de estos sectores prefieran migrar al sector urbano en búsqueda de mejores condiciones de vida.

La distribución de la población por sexo muestra que a 2015 residían en el municipio 41.082 Hombres y 41.668 Mujeres lo que significa una leve minoría de población

femenina (50.36%) respecto a la población masculina (49.64%). Para el 2016 la proporción para cada grupo de población es prácticamente del 50%.

La estructura poblacional por edad y sexo muestra que el grupo de personas con mayor representación en el total de la población se encuentra en el rango de edad entre los (10-19) años, (15.758 personas) que equivalen al 19% del total de la población, seguido del rango de (0-9) años, (15.138 personas) que representan el 18.3%, lo que caracteriza al municipio como un territorio joven capaz de sostenerse en el futuro con la fuerza disponible de trabajo y el talento de sus ciudadanos.

**Estructura poblacional por edad y sexo**  
**Municipio de Mosquera-2015**

Rangos de edad	Hombres	Mujeres	Total
(0-4)	3.866	3.684	7.550
(5-9)	3.824	3.764	7.588
(10-14)	4.032	3.641	7.673
(15-19)	4.192	3.893	8.085
(20-24)	3.818	3.771	7.589
(25-29)	3.613	3.849	7.462
(30-34)	2.761	2.763	5.524
(35-39)	2.581	2.902	5.483
(40-44)	2.548	2.813	5.361
(45-49)	2.761	2.978	5.739
(50-54)	2.433	2.387	4.820
(55-59)	1.684	1.744	3.428
(60-64)	1.086	1.172	2.258
(65-69)	797	841	1.638
(70-74)	487	585	1.072
(75-79)	325	446	771
80 y más	274	435	709
<b>Totales</b>	<b>41.082</b>	<b>41.668</b>	<b>82.750</b>

Fuente: DANE, proyecciones de población con base en Censo 2005

La fuerza productiva del municipio representada en la población en el rango de edad entre los 30 y 59 años equivale al 36.7% del total de la población, 30.355 personas que demandan oportunidades laborales y de emprendimiento para aportar al desarrollo económico del municipio.

La población adulta mayor con edad superior a 60 años, representa el 7.8% del total de la población del municipio, grupo dentro del cual es mayor la proporción de mujeres (3.479) que la de hombres (2.969).

Las proyecciones de población sobre las que se soporta el anterior análisis demográfico, presentan un margen de desfase en relación con la información que el municipio tiene de la población registrada en el SISBEN a 31 de diciembre de 2015, en el que aparece un total de 88.832 personas sisbenizadas, número superior al de las proyecciones de población para el municipio de Mosquera tanto para el año 2015 como para el 2016 y con la anotación que no toda la población del municipio se encuentra registrada en dicha base.

En relación con la población sisbenizada, que se convierte en un referente para la toma de decisiones de política pública en el municipio, el 97.4% de los habitantes registrados en el Sisben se encuentran en el área urbana del Municipio y el 2.6% en el área rural. Del total de la población sisbenizada, el 53% son mujeres y el 47% son hombres.

Por ciclo vital, la mayor proporción de población se encuentra en el rango de edad entre 29 y 59 años, es decir población en edad productiva (38.36%), seguida de la población joven (22.62%) y por la población adolescente (11.72%) y en el ciclo de infancia (11.22%). Los grupos de primera infancia y de adulto mayor sólo representan el 8.78% y 7.29% respectivamente.

#### Población Sisbenizada por ciclo vital Municipio de Mosquera - 2015

Ciclo Vital	Rango edad	Población	(%)
Primera infancia	(0-5)	7.798	8,78%
Infancia	(06-11)	9.970	11,22%
Adolescencia	(12-17)	10.412	11,72%
Juventud	(18-28)	20.095	22,62%
Adulto	(29-59)	34.078	38,36%
Adulto mayor	60 y más	6.479	7,29%
<b>Totales</b>		<b>88.832</b>	<b>100%</b>

Fuente: SISBEN-Secretaría de Planeación y Ordenamiento Territorial.  
Municipio de Mosquera, diciembre 31 de 2015

Por estrato socio económico, el 64.25% de la población registrada en el SISBEN pertenece al estrato 2; el 18.63% al estrato 3 y el 16.88% al estrato 1, que representan en conjunto el 99.76% del total de población registrada, lo que es acorde con la filosofía del sistema que pretende focalizar a la población más pobre del municipio.

### **3. EFECTOS SOBRE LA SALUD O EL DAÑO EN SALUD, QUE INVOLUCRAN LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD**

La mayor carga de morbilidad está relacionada directa o indirectamente con los Determinantes Sociales de la Salud entendidos como las condiciones sociales y económicas que influyen en las diferencias individuales y colectivas en el estado de salud.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos que son consecuencia, a su vez, de las políticas públicas adoptadas en una comunidad.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables en lo que respecta a la situación sanitaria.

La mala salud de los pobres y las grandes desigualdades sanitarias están provocadas por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda) y a la posibilidad de tener una vida próspera.

Es por lo anterior, que la mejora de las condiciones de vida de la población unida a los avances científicos y tecnológicos en salud influye positivamente en el descenso de la morbi-mortalidad de la población.

#### **3.1 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD**

##### **3.1.1 Mortalidad general por grandes causas**

Con respecto a la mortalidad general por grandes causas, en el periodo 2013-2015, la principal causa corresponde a enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa para el año 2015 de 88.2 (casos por 100.000 habitantes). Durante el periodo se presentó un pico ascendente en el 2014, año en el cual se alcanzó una tasa de 95.4.

Es de anotar, que los registros DANE en los años 2014 y 2015 son aun preliminares, lo que significa que a futuro estas tasas pueden variar.

**Tasa de mortalidad general por Grandes Causas  
Municipio de Mosquera, 2013 – 2015  
(Tasa x 100.000 habitantes)**

GRANDES CAUSAS	2013	2014	2015
Enfermedades transmisibles	15.2	7.43	16.9
Neoplasias	49.5	61.9	58.0
Enfermedades sistema circulatorio	61.0	95.4	88.2
Afecciones periodo perinatal	20.3	13.6	22.9
Causas externas	27.9	30.9	21.7
Las demás causas	36.8	1.23	38.6
Signos y síntomas mal definidos	6.3	7.4	1.2

DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>

La segunda causa de mortalidad general corresponde a neoplasias en el año 2015, con las neoplasias, que alcanzan una tasa de 58.0, con un comportamiento de disminución en relación al año 2014 que tuvo una tasa de 61.9. Lo anterior evidencia un pico ascendente del periodo en el año 2014.

La tercera causa en el año 2015, es la de las demás causas, con un tasa de 38.6, incremento importante en relación con la tasa del años 2014, con una tasa de 1.23, pico descendente importante en todo el periodo.

En las grandes causas, se puede observar que ninguna tiene una tendencia permanente en el periodo 2013-2015, ya sea ascendente o descendente, ya que todas presentan picos en el año 2014, ya sea a la baja o la alza.

**Tasa de mortalidad Grandes Causas para los Hombres  
Municipio de Mosquera, 2013 – 2015  
(Tasa x 100.000 habitantes)**

GRANDES CAUSAS	2013	2014	2015
Enfermedades transmisibles	17.9	7.5	21.9
Neoplasias	56.3	67.4	46.2
Enfermedades sistema circulatorio	58.8	74.8	77.9
Afecciones periodo perinatal	23.0	17.5	26.7
Causas externas	51.2	54.9	36.5

Las demás causas	35.8	2.5	48.7
Signos y síntomas mal definidos	7.7	9.9	2.4

DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>

Según los datos de las tasas de los hombres en el periodo 2013-2015, la principal tasa del año 2015 es la de enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de 77.9, la cual evidencia que esta causa ha tenido un crecimiento permanente en todo el periodo, y que coincide en ser la primera, en relación con las tasas generales del municipio.

Luego se encuentra la muerte por demás causas, que en el año 2015 tuvo una tasa de 48.7, tasa que refleja un incremento importante frente a los años 2013 y 2014, con 35.8 y 2.5 respectivamente.

Como tercera causa, se encuentran las neoplasias, con una tasa en el 2015 de 46.2, la que presenta un descenso importante comparativamente con las tasas del 2013 y 2014, siendo la más baja del periodo.

**Tasa de mortalidad Grandes Causas para las Mujeres  
 Municipio de Mosquera, 2013-2015  
 (Tasa x 100.000 habitantes)**

<b>GRANDES CAUSAS</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Enfermedades transmisibles	12.6	7.4	11.9
Neoplasias	42.9	56.6	69.5
Enfermedades sistema circulatorio	63.1	108.3	98.4
Afecciones periodo perinatal	17.7	9.8	19.2
Causas externas	5.0	15.2	7.1
Las demás causas	37.8	0	28.7
Signos y síntomas mal definidos	5.0	4.9	0

DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>

La primera causa de muerte para las mujeres en el periodo 2013-2015, son las enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de 98.4 para el año 2015, con una reducción de 10 puntos comparativamente con el año 2014 que tuvo 108.3, que represento el pico más elevado en el periodo.

Como segunda causa de muerte, se presentan las neoplasias con una tasa en el año 2015 de 69.5, siendo esta la más alta del todo el periodo, en el que presenta una tendencia de aumento constante año a año.

La tercera causa de mortalidad en las mujeres son las demás causas con una tasa de 28.7 en el 2015, observándose que en el 2014 no se presentó ningún caso.

### 3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo<sup>1</sup>

#### Enfermedades transmisibles

Entre el grupo de enfermedades transmisibles, en los **hombres** se presentaron casos de mortalidad en el año 2013, 2014 y 2015 en las siguientes patologías:

- Enfermedades infecciosas intestinales: con 1 defunción en 2013 y otra en el 2014, en el 2015 no hubo reporte alguno.
- Tuberculosis: 1 caso en el 2013, y en los años 2014 y 2015, no se reportó ningún caso.
- Enfermedad por el VIH (SIDA): para el 2013 se presentó 1 defunción, en el 2014 dos casos, y en el 2015 dos casos.
- Enfermedades infecciosas y parasitarias: desde el 2013 en el que se reportaron 2 casos, no se registran más casos en el período.
- Infecciones respiratorias: en el 2013 se reportaron 3 defunciones y 7 en el 2015.

Por infecciones intestinales, las defunciones se redujeron a cero para el 2015. Se resalta el incremento de la mortalidad entre el 2013 y 2015, en lo relacionado con el VIH.

Es importante mencionar que no se presentaron defunciones en los últimos cinco años asociadas a enfermedad transmitida por vectores, ni a enfermedades inmunoprevenibles.

**Número de defunciones por Enfermedades Transmisibles  
 Mosquera 2013-2015**

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	2013		2014		2015	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Infecciosas intestinales	1	0	1	0	0	1
Tuberculosis	1	0	0	2	0	0
VIH-Sida	1	0	2	1	2	1
Infecciosas y parasitarias	1	1	0	0	0	1
Infecciosas respiratorias	3	4	0	0	7	2
<b>Totales</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>5</b>

DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>

<sup>1</sup> DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>. 2016.

De acuerdo a lo anterior se puede concluir que las infecciones respiratorias agudas son el grupo de enfermedades transmisibles que más afectan a los hombres del municipio y causan mayor mortalidad, seguido del aumento en número de casos de enfermedades VIH.

En el caso de las **mujeres**, en el año 2013 se reportaron 4 defunciones por infecciones respiratorias agudas y 2 en el 2015. También se evidencia un aumento en las defunciones por VIH, ya que en el 2013 hubo cero casos y para el 2014 y 2015, se presentó 1 caso por año.

En las enfermedades infecciosas y parasitarias, en el año 2013 se presentó una defunción y otro en el 2015, siendo sus tasas de mortalidad por este grupo de enfermedades relativamente bajas. Es de anotar que desde el 2005 no se presentaban casos de muertes relacionadas con enfermedades transmitidas por vectores hasta 2014, cuando se presentó un caso exportado del municipio de Villeta por causa de dengue. Por otra parte, en el año 2014 se presentaron dos casos de tuberculosis.

En el periodo entre 2013 y 2015 no se reportaron casos de muertes por meningitis, septicemia, y enfermedades inmunoprevenibles.

## Neoplasias

En cuanto a la mortalidad por neoplasias, el tumor maligno que generó mayor número de defunciones en **hombres** durante el periodo 2013-2015, fue el de estómago (con 6 casos en el 2013; 5 en 2014 y 4 en 2015), seguido por el tumor maligno de próstata (2013 reporto 7 casos, 4 en el 2014, y no se reportan casos en el 2015). La tasa de mortalidad por cáncer de próstata había presentado un pico en los años 2009-2010 con un descenso significativo en el 2012.

A continuación se registra aumento en el número de defunciones por tumor maligno de colon (2013 y 2014 se reporta 1 caso por cada año, y aumentó a dos casos en el 2015).

Para estos años, no se registraron defunciones de hombres por casos de tumores de los órganos respiratorios intratorácicos.

Para el caso particular de los **hombres**, las tasas más bajas de mortalidad asociada a neoplasias se observaron en los tumores de tráquea, bronquios y pulmón.

### Número de defunciones por Neoplasias Mosquera 2013-2015

NEOPLASIAS	2013		2014		2015	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Tumor maligno estómago	6	2	5	1	4	2
Tumor maligno del colon	1	-	1	-	2	3
Tumor maligno organos digestivos y peritoneo	2	-	1	-	1	1
Tumor maligno tráquea, bronquios, pulmón	1	-	1	-	1	3
Tumor maligno de mama	-	2	-	1	-	5
Tumor maligno del útero	-	1	-	2	-	4
Tumor maligno de próstata	7	-	4	-	-	-
Tumor maligno. otros órganos genitourinarios	-	3	-	2	2	2
Tumor maligno. tejido linfático, organos hematop., tejidos afines	-	3	-	4	2	2
Residuo tumores malignos	2	3	4	8	4	5
Carcinoma in situ, tumores benignos, comportamiento incierto o desconocido	3	3	4	3	2	2
Tumor maligno hígado y vías biliares	-	-	4	-	-	-
Tumor maligno páncreas	-	-	2	2	1	-
Tumor maligno. organismo respiratorio	-	-	1	-	-	-
<b>Totales</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>27</b>	<b>23</b>	<b>19</b>	<b>29</b>

DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>.

En el grupo de las **mujeres**, el mayor número de defunciones asociadas a neoplasias en el periodo 2013-2015, corresponde a tumor maligno de mama (dos casos reportados en 2013; uno en 2014 y 5 casos en el 2015), seguido por tumor maligno de útero (2013 1 caso, 2014 2 casos, y 2015 4 casos), y finalmente los tumores malignos del tejido linfático, órganos hematopoyéticos. Por resaltar, no se presentaron defunciones de mujeres por tumores de órganos respiratorios e intratorácicos.

### Enfermedades del sistema circulatorio

En cuanto a las defunciones relacionadas con el sistema circulatorio en **hombres**, la enfermedad isquémica del corazón ocupó el primer lugar como causa de muerte con un evidente ascenso en los últimos años (16 casos 2013; 17 casos 2014; y 19 casos 2015) seguida por las enfermedades cerebrovasculares (3 defunciones en 2013; 8 defunciones en 2014; y 10 casos 2015), y finalmente la enfermedad hipertensiva (4 defunciones en 2013; 5 en 2014, y 3 en 2015).

No se reportaron muertes por enfermedad arteroesclerótica ni por paro cardíaco, ni tampoco mortalidad asociada a fiebre reumática.

**Número de defunciones por Enfermedades del Sistema Circulatorio  
Mosquera 2013-2015**

ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	2013		2014		2015	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Enf. isquémicas del corazón	16	13	17	29	19	22
Enf. Cerebrovasculares	3	6	8	11	10	13
Enf. hipertensivas	4	6	5	4	3	6
<b>Totales</b>	<b>23</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>44</b>	<b>32</b>	<b>41</b>

DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>

Al igual que para los hombres, las tasa de mortalidad más elevada para las **mujeres** relacionada con las enfermedades del sistema circulatorio, la ocuparon las isquemias del corazón, seguida por la enfermedad hipertensiva y la enfermedad cerebrovascular. No se reportaron muertes por enfermedad arteroesclerótica ni por paro cardíaco, ni tampoco mortalidad asociada a fiebre reumática.

**Ciertas afecciones originadas en el período perinatal**

Durante el periodo evaluado, la principal causa de mortalidad del periodo perinatal, corresponde a la afección “feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumas del nacimiento”, que durante el período 2013-2015 presentó una reducción en el año 2014 (n=94) pero que aumentó nuevamente en 2015 (n=102), sin superar el número de defunciones del año 2013 (n=123)

**Número de defunciones por Afecciones del Periodo Perinatal  
Mosquera 2013-2015**

AFECCIONES PERÍODO PERINATAL	2013			2014			2015		
	Hombre	Mujer	Indeter	Hombre	Mujer	indeter	Hombre	Mujer	Indeter
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	1	1	2	0	1	1	0	0	1
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumas del nacimiento.	5	1	117	4	1	89	7	4	91
Retardo crecim.fetal, desnutr. fetal., bajo p./ nacer, gest.corta	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Enf. hemolítica del feto y del recién n. y kernicterus	ND	ND	ND	0	0	0	0	0	0
otras afecc. originadas en periodo perinatal	3	4	2	2	1	4	0	0	0



malformaciones congen., deformid.y anomalias cromosomicas	0	0	0	0	1	4	4	4	5
<b>Totales</b>	9	7	122	7	4	98	11	8	97

DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>

En cuanto a la afección “Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas” en el 2015 sólo se presentó un caso clasificado como “indeterminado” manteniendo la tendencia de reducción que traía desde el 2013.

Igual comportamiento se presentó en la afección “Trastornos respiratorios específicos del período perinatal” que se redujo de 2 casos en el 2013 a cero casos en el 2015.

### Causas externas

En el período evaluado 2013-2015, las defunciones por accidentes de tránsito de transporte terrestre en el municipio se constituyeron en la primera causa de muerte por Causas Externas. Los casos de defunción de hombres son superiores a los de la mujer en todo el período, observándose que se encuentran alrededor de 9 casos en tanto que el de mujeres no sobrepasó 2 casos.

**Accidentes de tránsito de transporte terrestre  
Mosquera 2013-2015**

Año	Hombre	Mujer	TOTAL
2013	9	2	11
2014	9	1	10
2015	8	2	10

DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>

Las agresiones (homicidios) inclusive secuelas constituyeron la segunda causa de muerte durante todo el periodo de evaluación, observándose un pico en el año 2014 de 11 casos con reducción al año 2015 nuevamente asiste casos como se había registrado en el 2013.

**Casos de Agresiones (homicidios) inclusive secuelas  
Mosquera 2013-2015**

Año	Hombre	Mujer	TOTAL
2013	7	0	7
2014	10	1	11
2015	6	1	7

DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>



La tercera causa de defunciones en el período, corresponde a las lesiones autoinflingidas.



**Casos de Lesiones Autoinflingidas  
Mosquera 2013-2015**

Año	Hombre	Mujer	TOTAL
2013	4	0	4
2014	3	1	4
2015	1	0	1

DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>

En el período sólo se presentó un caso de defunción de mujeres por lesiones autoinflingidas, (año 2014), en tanto que en el caso de hombres se observa una tendencia de disminución de cuatro (4) casos en el 2013 a un caso en el 2015.

### Las demás causas

Frente a este grupo de patologías, la cual representó para algunos periodos la principal causa de mortalidad general en el municipio de Mosquera, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores correspondieron a la principal causa encontrada, con las mayores tasas de mortalidad en ambos sexos, muy por encima de las demás causas.

En el caso de los **hombres** las enfermedades del sistema digestivo y la diabetes mellitus, representaron las mayores causas de mortalidad ajustadas en el periodo evaluado.

Las defunciones por enfermedades del sistema digestivo se incrementaron en el 2015 con 2 casos, ya que en 2013 y 2014 no se había presentado ningún registro.

En relación con la diabetes, en el año 2013 se evidencia un aumento en el número de defunciones por esta causa, ya que en el 2013 hubo reporte de 4 casos, pasando a 11 casos en el 2015.

También se registran un número importante de defunciones por causa de enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores donde se presentaron 8 casos en el 2013, y un descenso hacia el 2015 con 7 casos.

**Número de defunciones de las Demás Causas  
Mosquera 2013-2015**

LAS DEMÁS CAUSAS	2013		2014		2015	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Enf. Crónicas vías respiratorias inferiores	8	11	1	0	7	7
Enf. sistema digestivo	0	0	0	0	2	2
Diabetes mellitus	6	4	0	0	11	3
<b>Totales</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>12</b>

DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>

En el caso de las **mujeres**, las defunciones por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores representaron un descenso dado que en el 2013 se produjeron 11 casos, y en 2015 se registraron 7 defunciones.

A continuación se registran las defunciones por la diabetes mellitus, que también presentan un descenso con 6 casos en el 2013, a 3 casos en el 2015. Las defunciones por enfermedades del sistema digestivo, por el contrario, presentan un aumento, pasando de cero casos en 2013 y 2014, a 2 casos en el 2015.

Al realizar la comparación de los datos municipales del año 2015, se observó un incremento en el número de defunciones por causa de tumor maligno de mama, tumor maligno de colon, diabetes mellitus, VIH-SIDA, infecciones respiratorias agudas, enfermedades cerebro vasculares, y lesiones autoinflingidas.

### **CONCLUSIONES**

Teniendo en cuenta los subgrupos de enfermedades contenidos en la mortalidad por Grandes Causas, para el caso de las Enfermedades Transmisibles se evidencia un aumento de defunciones por Infecciones Respiratorias en las que se presentaron 16 casos en el período 2013-2015 y por VIH-SIDA, 7 casos en el mismo período lo que indica la necesidad de fortalecer campañas de prevención y protección en la población.

Otro subgrupo en el que se presentó un número de defunciones significativo, fue el de la Neoplasias, en el cual el Residuos de Tumores Malignos registró 26 casos en el período 2013-2015, seguido por el Tumor Maligno de Estómago con 20 casos. En tercer lugar se observan los Carcinomas In Situ, tumores benignos, comportamiento incierto, que registraron 17 defunciones. En cuarto lugar aparece el Tumor Maligno de próstata con once (11) casos en el período 2013-2015.

Se observa que en la totalidad de casos por Neoplasias en el período 2013-2015 disminuyó para el caso de los hombres pero ha venido aumentando en las mujeres.



En cuanto a enfermedades del sistema circulatorio, en el período 2013-2015, la principal causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón, que registró 116 casos. Le siguen las Enfermedades cerebrovasculares con 51 casos y las Enfermedades hipertensivas con 28 casos, situación que requiere desarrollar estrategias que promuevan los hábitos de vida saludable que incorporan los aspectos nutricionales y de actividad física.

Respecto a las Afecciones del período perinatal, la principal causa de defunción en el período 2013-2015 fue *Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumas del nacimiento* en la que se presentaron 319 casos, constituyéndose ésta en la enfermedad en la que se presentó el mayor número de defunciones en el período citado dentro de las Grandes Causas. Le sigue con nueve (9) casos de muerte el subgrupo *Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas* observándose una tendencia de reducción en el período.

En relación con Causas Externas, la principal causa de muerte en el período fueron los Accidentes de Tránsito con 31 casos. Le siguieron las Agresiones (homicidios) con 25 casos y finalmente las lesiones autoinflingidas con 9 casos en el período. Se destaca que la mayoría de casos en las tres causas mencionadas se sucedieron en hombres (accidentes de tránsito: 27 hombres y 5 mujeres; en agresiones: 23 hombres y 2 mujeres; y en lesiones autoinflingidas: 8 hombres y 1 mujer).

En las Demás Causas la principal razón de muerte, en el período 2013-2015, fueron la Enfermedades Crónicas vías respiratorias inferiores con 34 casos en el período, seguida por la Diabetes Mellitus con 24 casos. La tercera causa de muerte fueron las Enfermedades del sistema digestivo, en las que se presentaron cuatro (4) casos en el 2015 lo que conlleva a prestar atención dado que en 2013 y 2014 no se reportó ningún caso.

### 3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez

En el municipio de Mosquera, en el periodo comprendido entre 2012-2015, la tasa de mortalidad infantil (menores de un año) presentó una tendencia continua de reducción al pasar de una tasa de 12.0 (por 1000 nacidos vivos) a 8.3 en el 2015 lo que significa una disminución del 30% en dicha tasa.

En cuanto a la mortalidad en menores de 5 años la tasa tuvo un comportamiento similar en el período 2012-2014, al reducirse de 12.0 (por 1000 nacidos vivos) a 8.45 lo que significa que la tasa presentó una reducción similar a la de la mortalidad infantil.

En este mismo período sólo se presentó un caso de muerte materna, sucedida en el 2012, lo que significó una tasa de mortalidad materna de 75.58 (por 100.000 nacidos vivos) en dicho año. Para los años siguientes no se registraron más casos.

En cuanto a defunciones por enfermedades respiratorias agudas (IRA), la tendencia entre el año 2012 y 2014 fue de reducción, dado que en 2012 la tasa fue de 19.29 (por 1000 nv) en tanto que en el año 2014 fue de 9.94.

No se presentaron en el período defunciones por causa de enfermedad diarreica aguda (EDA).

La tasa de mortalidad fetal en 2012 fue de 15.1 por 100 mil nacidos vivos equivalente a 125 casos pero en los años siguientes presentó una línea de reducción hasta el año 2015 (corte a junio) en el que presentó una tasa de 34 casos por 100 mil nacidos vivos.

En el período 2012-2015 no se presentaron casos de muerte en niños y niñas por desnutrición.

Para el municipio de Mosquera, en el periodo comprendido entre 2013 y 2015 se reportaron 32 defunciones de niños menores de cinco años, resaltando que la principal causa de mortalidad fue la de “malformaciones congénitas, deformidades y anomalías” que registró 15 casos, evidenciado un número similar de casos entre hombres (n=8) y mujeres (n=7).

Se observa una tendencia de aumento constante en el período duplicando en el año 2015 el número de defunciones registradas en el 2013.

**Número de defunciones por mortalidad Infantil y en la niñez  
Mosquera 2013-2015**

Mortalidad Infantil y en la niñez	2013		2014		2015	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Otras afecciones originadas en el período perinatal	ND	ND	2	0	0	1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías	1	2	2	2	5	3
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	1	0	2	1	1	1
Otras enfermedades respiratorias	2	1	ND	ND	0	0
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	1	0	ND	ND	0	2
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumas del nacimiento.	1	0	0	1	0	1
<b>Totales</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>8</b>

DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>

Por otra parte, la segunda causa de muerte corresponde a trastornos respiratorios específicos del período perinatal, presentando 6 casos entre los años 2013 y 2015, con un pico que elevó los casos en el año 2014 y un descenso en el año 2015. A su vez en estos tres años, los casos de hombres duplican los de las mujeres, con cuatro (4) y dos (2) casos respectivamente.

Las demás causas, comparten un tercer lugar, con tres (3) defunciones en el periodo pero donde se puede ver una disminución en las defunciones por otras enfermedades respiratorias y por otras afecciones originadas en el período perinatal. Por el contrario se observa un aumento en las defunciones causadas por feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas, pasando de un (1) caso en el 2013 a dos (2) casos en el 2015.

Finalmente, para la causa de muerte por feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumas del nacimiento, la tendencia en el periodo se ha mantenido con un (1) caso por año.

### **Subgrupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias**

En este subgrupo de enfermedades, se presentó solamente una (1) defunción durante el periodo 2013 y 2015, donde el único caso se presentó en el año 2013, en un hombre entre 1 y 4 años, por causa de enfermedades infecciosas intestinales.

#### **Número de defunciones por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias**

**Mosquera 2013-2015**

Subgrupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2013		2014		2015	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Enfermedades infecciosas intestinales	1	0	0	0	0	0
Enfermedades por el VIH-SIDA	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis	0	0	0	0	ND	ND
Otras enfermedades infecciosas parasitarias	ND	ND	ND	ND	ND	ND
<b>Totales</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>

Se resalta que durante este periodo de tiempo analizado no se registraron muertes por otras enfermedades infecciosas intestinales, tuberculosis, VIH-SIDA.

### Subgrupo de Tumores (neoplasias)

Durante el periodo 2013 y 2015, no se reportaron casos por muertes por neoplasias en menores de un año, ni en menores entre 1 y 4 años de edad, por ninguna de las categorías clasificadas como neoplasias.

### Subgrupo de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad

Durante el periodo comprendido entre 2013 y 2015, no se presentaron casos de defunciones del subgrupo de enfermedades de la sangre, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema genitourinario, y todas las demás enfermedades.

### Subgrupo de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

En el periodo entre el año 2013 y 2015, no se registraron defunciones a causa de desnutrición y otras enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en niños y niñas menores de un año, ni entre 1 a 4 años. Sin observar ningún tipo de tendencia para el subgrupo de las enfermedades.

### Subgrupo de las enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides

Entre las enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, no se presentaron muertes entre los años 2013 y 2015. Para el mismo periodo tampoco se reportaron casos de muerte por meningitis.

### Subgrupo de las enfermedades del sistema respiratorio

En cuanto a las causas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema respiratorio en el municipio de Mosquera, se observó que el mayor número de casos se reportó en el año 2013, siendo las infecciones respiratorias agudas la principal causa de muerte en menores de 1 año rango en el cual se presentaron dos (2) defunciones de mujeres menores de un año. Igualmente en 2013 se presentó un caso de muerte por Otras enfermedades respiratorias de un hombre en el rango de (1-4) años de edad.

En el año 2014 se reportaron 2 casos de muerte por infecciones respiratorias agudas en hombres menores de un año.

En 2015 se evidenció un caso por infecciones respiratorias agudas de un hombre menor de un año.

Número de defunciones por enfermedades del sistema  
Respiratorio  
Mosquera 2013-2015

Subgrupo enfermedades del sistema respiratorio	2013		2014		2015	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Infecciones respiratorias agudas	0	2	2	0	1	0
Otras enfermedades respiratorias	1	0	0	0	0	0
<b>Totales</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>

Se puede observar que en el periodo 2013 y 2015, se presentaron 5 casos de defunciones por infecciones respiratorias agudas, pero que en el año 2015 hubo un descenso de estas. Igualmente, para las enfermedades de respiratoria se evidencia una disminución desde el 2014 y se mantuvo en el 2015.

### Subgrupo de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

En el año 2013 se presentaron dos (2) casos de muertes por factores maternos y complicaciones del embarazo, un (1) caso de sepsis y otro por afecciones respiratorias. En los correspondiente a los años 2014 y 2015 no se presentaron defunciones en este subgrupo.

Durante el periodo 2013 y 2015 no se evidencian defunciones a causa de resto de afecciones perinatales, dificultad respiratoria del recién nacido, la sepsis bacteriana y otras afecciones respiratorias del recién nacido.

### Subgrupo de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

En cuanto a las tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, se observó que la muerte ocurre especialmente antes de cumplir el año de edad.

Número de defunciones por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas  
Mosquera 2013-2015

Subgrupo malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2013		2014		2015	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1	2	2	2	5	3
<b>Totales</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>3</b>

DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>

En 2013 se presentaron tres (3) casos de muerte por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, un hombre y dos mujeres menores de un año.

En 2014 se presentaron cuatro (4) casos de muerte por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, en dos hombres y una mujer menores de un año; y otro caso de una mujer de (1-4) años.

En 2015 se presentaron ocho (8) casos de muerte por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, en cuatro (4) hombres y dos (2) mujeres

menores de un año; y dos casos más, uno en mujer y otro en hombre en el rango de (1-4) años.

En este periodo se observa que las defunciones por malformaciones congénitas, fueron en aumento año a año, con la pasando de tres (3) en el 2013 a ocho (8) en el 2015. A su vez, se registran solo un caso de diferencia por sexo, en hombres con ocho (8) y siete (7) en mujeres.

### **Subgrupo de signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte**

Por una parte, se presentan tres (3) casos en menores de un año, dos (2) hombres y una (1) mujer, para todo este subgrupo en el año 2013. En el año 2014 se presenta un (1) caso de un hombre entre 1 y 4 años de edad. Finalmente para el año 2015 se presentan cero (0) casos. Frente a estos casos se puede ver como la tendencia ha venido decreciendo entre 2013 y 2015, así como que la mayoría de casos se presentaron en hombres.

### **Subgrupo de causas externas de morbilidad y mortalidad**

La mortalidad infantil y niñez por causas externas para los niños del municipio de Mosquera presentó en el año 2015, un (1) caso de defunción por ahogamiento y sumersiones accidentales, de un hombre entre 1 y 4 años. En el periodo no se presentaron casos otros accidentes que obstruyen la respiración, envenenamiento accidental, y exposición a sustancias nocivas. El caso del 2015 evidencia el crecimiento comparando los años anteriores del periodo.

#### **3.1.4 Mortalidad materno infantil y en la niñez**

Para el año 2012, se presenta una tasa de mortalidad materna de 75.9 por cada 1000 nacidos vivos, descendiendo a cero en los años siguientes.

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA:

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años. Son enfermedades prevenibles y tratables, se considera un indicador de la calidad de vida y bienestar de una población.

Sin embargo, en el municipio no se presentaron en el período defunciones por causa de enfermedad diarreica aguda (EDA).

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA:



En cuanto a defunciones por enfermedades respiratorias agudas (IRA), la tendencia entre el año 2012 y 2014 fue de reducción, dado que en 2012 la tasa fue de 19.29 (por 1000 nv) en tanto que en el año 2014 fue de 9.94.

Mortalidad por desnutrición crónica:

Así mismo, vale la pena mencionar que en el municipio no se presentaron muertes relacionadas a la desnutrición, pero en el año 2015 queda una muerte como causa indirecta (asociada) a desnutrición. Es importante resaltar para todo el país y la región de las Américas la mortalidad infantil ha descendido, independiente de los indicadores sociales, económicos y sin retroceso o disminución de la velocidad de caída.

### 3.2 MORBILIDAD EN EL MUNICIPIO DE MOSQUERA 2012-2015

Teniendo en cuenta los subgrupos clasificados que hacen parte de las enfermedades clasificadas como Grandes Causas, y con base en los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) suministrados por la Secretaría de Salud del municipio para el periodo 2014-2015, los cuales contienen los servicios prestados por las EPS, IPS, ARL, la ESE María Auxiliadora y demás prestadores de servicios de salud. A continuación se presenta un balance del número de consultas por tipo de servicio prestadas en el período 2014-2015:

**Número de Consultas por tipo de servicio  
Municipio de Mosquera 2014-2015**

Tipo de Servicio	2012	2013	2014	2015
Enfermería general	7.781	7.380	7.125	6.603
Urgencias	18.122	16.655	20.665	22.219
Odontología general	22.893	22.261	22.432	21.661
Imágenes diagnósticas	ND	ND	ND	5

En el período 2012-2015 el número de consultas por urgencias se incrementó en 4.907, en tanto las de odontología general se mantuvieron estables y las de enfermería se redujeron en un 15%.

El servicio de odontología general presentó una reducción de 771 consultas en el período 2014-2015, al igual que el servicio de enfermería general en el que se observa una reducción de 522 servicios en el mismo periodo.

#### **Morbilidad específica por subgrupo de grandes causas**

Teniendo en cuenta las enfermedades relacionadas con la mortalidad en capítulos anteriores, se presenta a continuación la relación de consultas consolidadas de acuerdo con la información contenida en los RIPS 2012, 2013, 2014 y 2015 suministrados por la Secretaría de Salud del municipio.

Para efectos de presentación de la situación de morbilidad en el municipio, se tienen en cuenta los subgrupos específicos de enfermedad por grandes causas, incluyendo las enfermedades inmunoprevenibles, respiratorias, transmisibles y materno fetales que son relevantes en la morbilidad del municipio de Mosquera.

## 1. Enfermedades del sistema circulatorio

El total de consultas por enfermedades del sistema circulatorio (isquémicas del corazón, cerebrovasculares e hipertensivas) para el año 2015 fue de 13.225.

**Número de consultas por enfermedades del sistema circulatorio  
Mosquera 2012-2015**

	2012	2013	2014	2015
Isquémicas del corazón	8	6	5	20
Cerebrovasculares	58	16	72	40
Hipertensivas	8.425	11.229	13.594	13.165

**FUENTE:** Secretaría de Salud de Mosquera, RIPS 2012, 2013, 2014, 2015.

Las consultas por *enfermedades hipertensivas* presentan una línea de aumento en el período 2012-2015 al pasar de 8.425 a 13.165, incremento del 56% en el período.

Las mujeres son las que más demandan el servicio de consulta por esta enfermedad, observándose una tendencia al incremento en el período del 50% más de consultas, al pasar de 6.392 en el 2012 a 9.610 en el 2015.

Para el caso de los hombres, el número de consultas por enfermedades hipertensivas también se incrementa en el período al pasar de 2.033 en 2012 a 3.555 en el 2015, manteniéndose en todo el período por debajo del número de consultas de las mujeres.

**Número de consultas por enfermedades del sistema circulatorio, por sexo  
Mosquera 2012-2015**

	2012		2013		2014		2015	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Isquémicas del corazón	3	5	3	3	2	3	5	15
Cerebrovascular	30	28	9	7	31	41	14	26
Hipertensivas	2.033	6.392	3.029	8.200	3.740	9.854	3.555	9.610

**FUENTE:** Secretaría de Salud de Mosquera, RIPS 2012, 2013, 2014, 2015.

En cuanto a las *enfermedades cerebrovasculares* en el período 2012-2015 se observa un comportamiento oscilante en el número de consultas dado que de 58 consultas en 2012, se redujo a 16 en el 2013 para incrementarse en 2014 a 72 consultas y reducirse de nuevo en 2015 a 40.

En la primera parte del período, 2012-2013, los hombres solicitaron mayor número de consultas que las mujeres, en tanto que entre 2014-2015 se reversó la situación, pasando a ser las mujeres las mayores demandantes de este servicio.

En las *enfermedades isquémicas del corazón* se observa un incremento del número de consultas en el período, al pasar de 8 a 20 consultas solicitadas, es decir un aumento del 150% entre el año 2012 y el 2015. Durante el período, se observa que las mujeres demandan en mayor número atención por las enfermedades isquémicas del corazón que los hombres.

En la primera infancia (de cero a cinco años de edad) las principales causas de consulta en lo referente a enfermedades del sistema circulatorio durante el período 2012-2015, fueron las siguientes:

**Número de consultas por enfermedades del sistema circulatorio  
Población de (0-5) años - Mosquera 2012-2015**

	2012	2013	2014	2015
Anemias	5	125	123	78
Cardiopatías	1	10	12	7

**FUENTE:** Secretaría de Salud de Mosquera, RIPS 2012, 2013, 2014, 2015.

En los niños de cero a cinco años se observa una mayor demanda de consultas en el período por anemias que presentan un aumento considerable en los años 2013-2014. Las consultas por cardiopatías igualmente tuvieron un pico alto en el período 2013-2014.

## 2. Enfermedades Transmisibles

En relación con el VIH-SIDA, en los RIPS 2012 no se registran consultas por esta enfermedad. Para el 2013 se registran tres consultas que corresponden a dos pacientes: un hombre con dos consultas por enfermedad del virus de la inmunodeficiencia humana VIH sin otra especificación y otro hombre por estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH.

Por registros de la Secretaría de Salud del municipio, en el año 2014 se presentaron 15 casos incidentes que para el año 2015 se incrementaron a 22 nuevos casos.

Para el caso de la sífilis gestacionales, se presentaron 30 casos en el 2014, reduciéndose notablemente a 3 casos en el 2015. En cuanto a la sífilis congénita se reportaron 2 casos en 2014 reduciéndose a la mitad en el 2015 con un solo caso.

La tuberculosis pulmonar presentó cinco (5) consultas correspondientes a 2 pacientes mayores de 60 años en el 2012; y ocho consultas de 6 pacientes en el 2013.

Por registros de la Secretaría de Salud del municipio, en 2014 se observaron 12 casos, reduciéndose a 10 casos en el 2015, año en el que a su vez se presentaron 2 casos de tuberculosis extra pulmonares, de rodilla y ojo.

### 3. Enfermedades nutricionales:

En relación con las enfermedades nutricionales, durante el período 2012-2015

En cuanto a consultas asociadas a la desnutrición, en el período se registraron 130 consultas en 2012; 67 consultas en el año 2013; igual número en 2014 y 88 en el 2015.

Por casos de obesidad, en el año 2012 se solicitaron 174 consultas, en 2014 se solicitaron 187 consultas y 151 en 2015, lo que muestra para el último año una leve reducción en el número de consultas por esta enfermedad.

Para el año 2015 se presentó un aumento (40 niños) en la notificación de bajo peso al nacer.

En el grupo de poblacional de primera infancia que va de 0 a 5 años, se presentaron 123 consultas nutricionales en el 2014 y 78 en el 2015.

En relación con los menores de un año, los indicadores de desnutrición presentan la siguiente situación:

- el indicador peso/talla indica que el 3,5% de esta población se encuentra en situación de bajo peso, la que no presenta mejoría en relación con el año 2014. Adicionalmente el riesgo de bajo peso para la talla es del 12%.
- Para el indicador de nutrición global (peso/edad), el riesgo de bajo peso es de 21,7%.

- el Indicador de Talla/Edad, muestra que el 14.2% de la población menor de un año presenta baja talla, situación similar a la del año 2014. En tanto que el riesgo de baja talla es de 29,1%, que tampoco ha variado significativamente con respecto al año 2014 en el que era del 28,9%.
- con respecto al Índice de Masa Corporal respecto a la edad, se observa que el sobrepeso y obesidad en esta población, es del 22%, mayor que el del año 2014, que fue de 19,5%.

#### 4. Enfermedades Respiratorias

En bronquitis aguda, el número de consultas en el período 2012-2015 ha sido oscilante, observándose un aumento neto al final del período de 75 consultas adicionales que representan incremento del 13%.

**Número de consultas por enfermedades respiratorias  
Mosquera 2012-2015**

	2012	2013	2014	2015
Bronquitis aguda	572	433	772	647
Tuberculosis	7	8	0	17

FUENTE: Secretaría de Salud de Mosquera, RIPS 2012, 2013, 2014, 2015.

En cuanto a la tuberculosis, en el período 2012-2015 se observa una tendencia de aumento de 7 consultas en 2012 a 17 en el 2015. Sin embargo en el 2014 no se registran solicitudes de consulta.

Finalmente se registró en 2015 un caso de Enfermedad respiratoria grave.

Dentro del grupo etario de primera infancia (0 a 5 años), se presentaron las siguientes consultas en el periodo 2014-2015:

- En las enfermedades respiratorias, se prestaron 536 consultas en el 2014 y 431 en 2015.
- En las enfermedades infecciosas intestinales, se presentaron 509 consultas en el 2014 y 432 en el año 2015. Se resalta que durante el periodo se atendieron un total de 983 consultas por fiebres en la primera infancia.

#### 5. Neoplasias

En esta categoría existen múltiples tipos de tumores tanto de carácter benigno como malignos, presentando un registro de 84 consultas en el 2012; 54 consultas en el 2013; 86 consultas en el 2014 y 78 consultas en el año 2015.

En cuanto a tumor de próstata, en 2012 se registran 10 consultas; seis (6) consultas en 2013; ocho (8) consultas en 2014 y un incremento a 25 consultas en el 2015.

En relación con el tumor de útero, en el año 2012 se registran 7 consultas que se disminuye a una en el 2013. En 2014 se incrementa considerablemente el número de consultas a 56 para reducirse en 2015 a 35.

En cuanto al tumor de mama, se observa un aumento en el período al pasar de 13 consultas en 2012 a 14 consultas en el 2013, casi doblarse en 2014 con 25 consultas y continuar en alza en 2015 con 33 consultas.

En el grupo de primera infancia, en el año 2012 no se presentó ninguna consulta relacionada con neoplasias, se presentaron consultas de 3 casos en el periodo 2014-2015, con un caso de tumor lipomatoso de piel y de tejido subcutáneo de cabeza, cara y cuello en el 2014. En el año 2015 se presentaron dos casos, uno registrado como tumor benigno del ojo, parte no especificada y otro de tumor benigno de los huesos del cráneo y de la cara.

En el grupo poblacional de primer infancia e infancia, en el año 2015 se notificaron 3 casos de cáncer (menores de 18 años).

## 6. Afecciones del periodo perinatal

Durante el periodo 2012-2015 se prestaron un total de 13 consultas relacionadas con afectaciones a feto y recién nacido, según la especificación que se presenta a continuación.

Enfermedades	Consultas 2012	Consultas 2013
Feto y recién nacido afectados x trastornos hipertensivos de la madre		1 hombre



Feto y recién nacido afectados x afección materna no especificada	1 mujer	
---	---------	--

En el 2013 solo se presentan 1 caso de afección directa del feto, el cual fue atendido por servicio de urgencias.

Enfermedades	Consultas 2014
Feto y recién nacido afectados x trastornos de la madre	1 hombre
Feto y recién nacidos afectados x corioamnionitis	1 hombre
Feto y recién nacidos afectados x complicaciones no especificas del trabajo de parto.	1 hombre
Feto y recién nacidos afectados x trastornos nutricionales de la madre	1 hombre

De los cuatro casos anteriores, tres (3) consultas se prestaron por servicios de urgencias y una por consulta médica de control.

Enfermedades	Consultas 2015
Feto y recién nacido afectados x afecc. Materna no especificada	1 hombre
Feto y recién nacidos afectados x otras afecc. Maternas.	1 hombre
Feto y recién nacidos afectados x parto precipitado.	1 mujer

En el municipio para el año 2014 se notificaron 4 eventos por defectos congénitos, aumentando la notificación para el año 2015 a 16 casos, principalmente por malformaciones cardiacas, síndrome de Down, entre otras.

## 7. Causas Externas

Este subgrupo se compone de accidentes de tránsito, agresiones y lesiones autoinflingidas.

Por causa de accidentes de tránsito, en el año 2012 se registran 38 consultas que se redujeron a 24 en 2013. Para los años 2014 se triplicó el número de consultas a 78 y en el 2015 el número de consultas por esta causa se elevó a 108. Los hombres son los más afectados en los accidentes de tránsito, representando más del 70% de las consultas realizadas durante el período.

Por causa de agresiones, en el año 2012 se contabilizaron 11 consultas y en 2013 se registraron 5 consultas. En 2014 se duplica el número a 10 consultas, el cual se incrementa a 16 en el 2015. La principal causa de agresión es con arma de fuego, seguida de agresión con fuerza corporal y agresión bajo efecto de drogas.

Por lesiones autoinflingidas, en 2012 se realizaron 24 consultas que se redujeron a la mitad en el 2013. Para el 2014 se aumentan a 20 consultas y continúa esta tendencia en 2015, con 31 consultas. En todo el período 2012-2015, el envenenamiento autoinflingido representa más del 50% del total de las causas registradas, y son las mujeres las que en mayor proporción incurren en estas conductas.

En cuanto a enfermedad transmitida por alimentos en el año 2014 se presentaron 8 brotes epidemiológicos en tanto que en el año 2015 se presentaron seis notificaciones. Es de anotar que dichos casos se originaron principalmente por alimentos adquiridos en la calle.

En el mismo período, se presentaron 7 casos de intoxicación en el 2014 y 6 casos en el 2015, cuatro de los cuales se produjeron por medicamentos y dos por sustancias químicas.

En 2014, se presentaron 2 casos por quemadura de pólvora, los que se redujeron en el 2015 a 1 caso. También se presentó un evento adverso a la vacunación.

## **8. Las Demás Causas**

En la categoría de las demás causas se discrimina por el número de consultas relacionadas con (i) enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, (ii) enfermedades del sistema digestivo.

En cuanto a las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores se observa una tendencia de incremento en el número de consultas durante el período 2012-2015, iniciando con 39 consultas en 2012 y un pico inferior en 2013 (18 consultas) para luego aumentar sucesivamente en los dos años siguientes, 83 consultas en 2013 y 168 en 2015. En el período 2012-2014, la proporción de consultas entre hombres y mujeres fue similar, en tanto que en 2015 se acentúa la proporción en el caso de las mujeres que representan el 57% de las consultas.

En cuanto a enfermedades del sistema digestivo, en el año 2012 se registran 866 consultas por gastritis, 892 consultas en el 2013, y una reducción en los dos siguientes años, 782 consultas en 2014 y 669 en 2015. En todo el período se observa que la proporción de consultas por parte de las mujeres es más del doble que la de los hombres.

En cuanto a las enfermedades transmisibles, específicamente las enfermedades infecciosas del sistema digestivo, se registraron 1259 consultas por diarrea en el año 2012 disminuyendo a 1180 en el 2013; de nuevo se incrementaron las consultas en 2014 con un total de 1457 y una leve reducción en 2015 al registrar 1373 consultas.

En cuanto a enfermedades crónicas, se destaca la diabetes mellitus para la cual se registró en el año 2012 un total de 706 consultas, 711 consultas en el 2013, en el 2014 se registraron 765 consultas y 761 en el 2015.

## **9. Enfermedades Inmunoprevenibles:**

En el municipio de Mosquera se han registrado atenciones por las siguientes enfermedades inmunoprevenibles:

- Hepatitis A: en el año 2012 se atendió un caso en mujer de 9 años; en 2013 se realizaron tres (3) consultas (dos mujeres, un hombre); en el año 2014 se atendió un caso (hombre) y en 2015 se registraron 2 consultas (mujeres).
- Hepatitis B: en 2012 no se registran consultas por esta enfermedad. En 2013 se registra una consulta (mujer de 27 años); 3 consultas de mujeres en 2014 y ninguna consulta en 2015.

- Varicela: en 2012 se registran 116 consultas por varicela (53 hombres y 63 mujeres), más de la mitad de las consultas en población de (0-13) años; en 2013 se registran 128 consultas (60 hombres, 68 mujeres) concentradas igualmente en el grupo de (0-13) años con 86 consultas. En 2014 se registraron 176 consultas (96 hombres, 80 mujeres) de las cuales 116 se realizaron a población de (0-13) años. En 2015 se registraron 114 consultas (51 hombres, 63 mujeres) de las cuales el 75 % (85 consultas) se efectuaron a población de (0-13) años. La alta prevalencia de esta morbilidad en la población escolar de (0-13) años, ha conllevado a cierres de instituciones educativas por los brotes epidemiológicos que se han presentado.
- Tuberculosis: en 2012 se registraron 9 consultas por esta enfermedad y quince (15) en 2013. Se redujo a 12 casos en el 2014, y se incrementó a 17 casos en el 2015, año en el que a su vez se presentaron 2 casos de tuberculosis extra pulmonares, de rodilla y ojo. Esta morbilidad afecta especialmente a la población adulta (a partir de 40 años) y adulta mayor.
- Tosferina, en el período se registran dos consultas, una en 2012 en niño de 5 años y en 2015 una consulta en niña de 4 años.

## 10. Enfermedades Zoonóticas

En el año 2014, en lo relacionado con enfermedades zoonóticas, se realizó seguimiento a 150 accidentes rábicos, de los cuales al 20% se le aplicó tratamiento para evitar la rabia humana.

Para el año 2015 se aumentó en un 58% el seguimiento a accidentes rábicos comparados con el año anterior, es decir se realizó seguimiento a 47 casos. (fuente: SIVIGILA).

## 11. Morbilidad Materna Extrema

De acuerdo con la información emitida por el SIVIGILA, a partir del año 2015 se intensifica la notificación por este evento a nivel Nacionales así que el Municipio de Mosquera notifica 40 casos cuyas madres son residentes y que cumplen con la definición de caso.

## 12. Enfermedades transmitidas por vectores

De acuerdo a la información dada por el SIVIGILA para el año 2015 y debido al comportamiento epidemiológico de enfermedades emergentes, el Municipio de Mosquera presentó casos importados provenientes de las siguientes morbilidades:

- 33 residentes con Dengue
- 25 con Chikunguya
- 7 leishmaniasis cutánea
- 3 malarías

## CONCLUSIONES

1. *La principal causa de morbilidad en el municipio de Mosquera está asociada a las enfermedades del sistema circulatorio, dentro de las cuales, las enfermedades hipertensivas representaron el mayor número de consultas en el período 2012-2015, con un total de 46.413 consultas atendidas.*

En el período 2012-2014 se observa una tendencia de aumento en el número de consultas, estabilizándose en el año 2015. En el período 2012-2015, el número de consultas se incrementó en un 56%.

**Número de consultas por enfermedades hipertensivas  
Mosquera 2012-2015**

	2012	2013	2014	2015
Enfermedades Hipertensivas	8.425	11.229	13.594	13.165

FUENTE: Secretaría de Salud de Mosquera, RIPS 2012, 2013, 2014, 2015.

Las mujeres son las que más demandan el servicio de consulta por esta enfermedad: en el período 2012-2015 el número de consultas aumentó de 6.392 en el 2012 a 9.610 en el 2015 (50%).

Para el grupo de menores de un año se presentó una consulta por hipertensión neonatal. En el caso de consultas de jóvenes de 14 a 28 años se reportaron 46 consultas que involucran la hipertensión esencial primaria, hipertensión materna no especificada y la hipertensión gestacional inducida por el embarazo. Para el grupo poblacional de adultos que va desde 29 a 59 años, se atendieron 2.979 consultas, que en su gran mayoría se atendieron por hipertensión esencial primaria. Finalmente el grupo de persona mayor de 60 años con 10.105 consultas en el 2015. Es importante,

destacar que esta enfermedad afecta fuertemente a las personas mayores y a los adultos. Es por esto que se hace necesario desarrollar programas de promoción de hábitos de vida saludable que incorporen adecuada alimentación y práctica permanente de actividad física y recreo deportiva, desde las primeras etapas de vida.

2. *Como otra enfermedad del subgrupo de las demás causas, se encuentra la diabetes mellitus en la cual se generaron un número importante de consultas en el período 2012-2015, con un total de 2.943.*

En cuanto a enfermedades crónicas, se destaca la diabetes mellitus para la cual se registró en el año 2012 un total de 706 consultas, 711 consultas en el 2013, en el 2014 se registraron 765 consultas y 761 en el 2015 para un total de consultas en el período de 2.943.

**Número de consultas por Diabetes Mellitus  
Mosquera 2012-2015**

	2012	2013	2014	2015
Dabetes mellitus	706	711	765	761

FUENTE: Secretaría de Salud de Mosquera, RIPS 2012, 2013, 2014, 2015.

En la diabetes mellitus no se presentan consultas en primera infancia, ni en infancia, se empiezan a reportar consultas desde la población joven (14-28 años), donde para el 2015 se dieron 17 casos de consultas. Luego la población adulta (29-59 años), se presentaron 304 consultas. Finalmente, las personas mayores (60 años y más), se reportaron 440 casos.

El número más alto de consultas por diabetes mellitus, se observa en los grupos poblacionales de persona mayor y adulta, las cuales requieren atención que permitan la prevención de esta enfermedad al igual que la de la hipertensión.

3. *En este mismo subgrupo (las demás causas), como enfermedad infecciosa del sistema digestivo aparece la diarrea con un total de 5.269 consultas en el período 2012-2015.*

En cuanto a las enfermedades transmisibles, específicamente las enfermedades infecciosas del sistema digestivo, se registraron 1259 consultas por diarrea en el año 2012 disminuyendo a 1180 en el 2013; de nuevo se incrementaron las consultas en 2014 con un total de 1457 y una leve reducción en 2015 al registrar 1373 consultas.

**Número de consultas por Diarrea  
Mosquera 2012-2015**

	2012	2013	2014	2015
Diarrea	1259	1180	1457	1373

FUENTE: Secretaría de Salud de Mosquera, RIPS 2012, 2013, 2014, 2015.

La población más afectada por esta enfermedad es el grupo de población de la primera infancia y la infancia que juntos representan más del 30% de las consultas atendidas en el período (1786 consultas) por causa de esta enfermedad.

Se evidencia que estas enfermedades infecciosas del sistema digestivo, como la diarrea, afecta principalmente a la población de la primera infancia e infancia, la cual requiere importante atención y cuidados.

4. *En el subgrupo de las demás causas se encuentra, adicionalmente, un número importante de consultas relacionadas con la gastritis, que en el período sumaron un total de 3209 consultas.*

**Número de consultas por Gastritis  
Mosquera 2012-2015**

	2012	2013	2014	2015
Gastritis	866	892	782	669

FUENTE: Secretaría de Salud de Mosquera, RIPS 2012, 2013, 2014, 2015.

En el grupo de población de 0 a 5 años no se generaron consultas por gastritis, pero si se dan en la infancia de 6 a 13 años con 13 consultas, en los jóvenes se reportaron 171 consultas, para la población adulta se presentaron 322 consultas, en el caso de las personas mayores se reportan 163 consultas. Se observa que esta enfermedad se focaliza más en la población adulta, seguido de la población de las personas mayores. Frente al total de atenciones prestadas, estas dos poblaciones requieren de mayor atención para el manejo cuidadoso y tratamiento de dicha enfermedad.

5. *En cuanto a la situación nutricional de la población del municipio, por grupos de edad, se observa: (SIVIGILA: Boletín Epidemiológico)*

- *Población menor de 5 años:*

De acuerdo con los indicadores relacionados anteriormente, esta población presenta situación de bajo peso en una proporción del (3.5%) que no ha presentado mejoría en los dos últimos años. Adicionalmente el riesgo de bajo peso para la talla es del 12%, y el de peso/edad es del 21.7%.

Respecto al Indicador de Talla/Edad, muestra que el 14.2% de la población menor de un año presenta baja talla en los dos últimos años, y de acuerdo con el IMC se observa que el sobrepeso y obesidad en esta población, es del 22%.

➤ *Infancia y adolescencia:*

Sin disponer de datos representativos para este grupo, se observa que para el indicador Talla/Edad la presencia de baja talla disminuye con la edad, hasta situarse en un 9.7%, menor a lo observado a nivel nacional.

En cuanto al Índice de Masa Corporal/Edad, se observa aumento del porcentaje de delgadez similar en ambos grupos, al igual que el sobrepeso y obesidad, alcanzando un 16,2% en los escolares y 15,4% en adolescentes.

➤ *Población Adulta:*

En los adultos, la tendencia es de disminución de delgadez a mayor edad y aumento de peso en los adultos de 29 a 59 años. El sobrepeso del grupo de adulto joven es del 48% en tanto que para el grupo de adultos es del 73.4%.

El tratamiento del tema nutricional por grupos de edad, requiere de lineamientos de política diferenciados y específicos en cada ciclo de edad.

*6. En el subgrupo de las enfermedades respiratorias se destaca el número de consultas correspondientes a la bronquitis, que para el período 2012- 2015, registró un total de 1682 consultas.*

Para esta enfermedad se atendieron en menores de un año un número de 12 consultas en el año 2015 por bronquitis aguda no especificada; en niños en la primera infancia se reportan 160 casos de consulta en su mayoría por bronquitis aguda no especificada; en el caso de la infancia hasta los 13 años se dieron 58 casos de consultas por

bronquitis aguda no especificada y bronquitis crónica no especificada como segunda causa.

En el caso de los jóvenes se atendieron 44 consultas por bronquitis aguda no especificada. Para la población adulta se realizaron 99 consultas de bronquitis aguda no especificada como primera causa, y para población de personas mayores, se atendieron 67 consultas de bronquitis aguda no especificada en su mayoría. Se observa que la población de la primera infancia es la más afectada ya que representa un número significativo del total de consultas dirigidas a los grupos poblacionales.

Igualmente se e hace relevante el número de consultas por la enfermedad respiratoria relacionadas con la rinofaringitis aguda o resfriado común, que en el año 2013 registró un total de 89 consultas en menores de un año; 500 consultas en menores entre 2 y 5 años; 176 consultas de infancia entre 6 y 13 años; 98 consultas de jóvenes de 14 a 28 años; 159 consultas en adultos de 29 a 59 años; y 54 consultas de personas mayores de 60 años, para un total de 1.076 consultas en el año 2013.

En el año 2014 la rinofaringitis registro 111 consultas en menores de un año; 537 consultas en menores entre 2 y 5 años; 220 consultas en infancia entre 6 y 13 años; 135 consultas de jóvenes entre 14 y 28 años; 197 consultas en adultos entre 29 y 59 años; y 70 consultas en personas mayores de 60 años. El total de consultas para el 2014 es de 1.270.

Para el año 2015, se presentaron 117 consultas en menores de un año; 503 consultas de menores entre 2 y 5 años; 183 consultas de infancia entre 6 y 13 años; 151 consultas de jóvenes entre 14 y 28 años; 178 consultas en adultos entre 29 y 59 años; y 76 consultas en mayores de 60 años. El total de consultas en en el 2015 fue de 1.208.

El número total de consultas por la rinofaringitis en el período 2013-2015, fue de 3554.

Esto evidencia una presencia importante de las enfermedades del subgrupo de las demás causas.

En términos resumidos se hace evidente que las poblaciones más afectadas y vulnerables a las diversas enfermedades resulta ser:



- la población de la primera infancia, con las enfermedades del sistema digestivo como la diarrea, así como la afectación por cuenta de las enfermedades de tipo respiratorio como la rinofaringitis o resfriado común, así como la bronquitis.
- La población adulta y las personas mayores son las mayormente afectadas por la hipertensión y la diabetes, enfermedades degenerativas que es necesario prevenir desde edades tempranas.

## 4. LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

### Determinantes Sociales de la Salud –DSS

Estos determinantes de la salud fueron establecidos por la Organización Mundial de la Salud, en donde establece que “Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

- *Mejorar las condiciones de vida cotidianas*
- *Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos*
- *Medición y análisis del problema”<sup>2</sup>*

### Condiciones de Vida

Según las diversas condiciones de vida que se puedan presentar en la población del municipio, estas inciden directamente en su calidad de vida y en su salud. Estas condiciones tienen que ver con el acceso a servicios de saneamiento básico, agua de calidad, a poder habitar en una vivienda digna y de calidad.

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

### ***Cobertura de acueducto***

La cobertura en acueducto en el municipio ha presentado las siguientes variaciones teniendo en cuenta los servicios tanto en el área urbana, rural, así como sus porcentajes de cobertura en los últimos 4 años

Cobertura de acueducto área urbana:

2012: 100%	2013: 96.02%
2014: 99.37%	2015: 99.37%

Porcentaje prestación servicio de agua potable - rural:

2012: 53.21%	2013: 53.21%
2014: 53.21%	2015: 53.21%

Estas cifras permiten observar como el servicio de acueducto en lo que tiene que ver con cobertura urbana presenta un decrecimiento en los porcentajes del año 2012 al 2015, pero se ha mantenido en niveles muy cercanos al 100%. Por otra parte, el servicio de acueducto en lo rural, ha mantenido el mismo porcentaje desde el año 2012 hasta el 2015, lo que debe tenerse en cuenta para mejorar la cobertura de la prestación del servicio de agua potable en las zonas rurales del municipio, ya que la cobertura apenas sobrepasa el 53%.

### ***Cobertura de servicios de alcantarillado***

En lo relacionado con el servicio de alcantarillado, el municipio presenta en los últimos 4 años la siguiente información de coberturas en el área urbana:

Cobertura de alcantarillado área urbana:

2012: 96.77%	2013: 92.89%
2014: 96.77%	2015: 96.77%

Se puede observar que las coberturas se mantuvieron estables en los últimos años, presentando una única reducción en el año 2013, pero que se volvió a estabilizar en los años 2014 y 2015. Si bien los porcentajes son altos, se puede mejorar, al hacer las acciones necesarias para alcanzar el 100% de la cobertura.

### ***Cobertura de Energía***

Según cifras obtenidas en el visor estadístico de Cundinamarca, la cobertura en el servicio de energía eléctrica en el municipio presenta las siguientes coberturas del 99.9 % Energía eléctrica en el área urbana y un 95.5% Energía eléctrica en el área rural. Estos porcentajes son altos y reflejan una cobertura importante y muy cercana tanto en lo rural como en lo urbano.

### ***Cobertura de Telefonía***

En el municipio el servicio de telefonía fija, según el visor estadístico de Cundinamarca, representa un 26.4% de teléfono fijo en lo urbano y un 9.5% teléfono fijo en lo rural. Si bien los porcentajes parecen bajos, es importante tener en cuenta que el uso de teléfonos móviles y otras nuevas tecnologías, desplazo el uso de los teléfonos fijos, en las familias del municipio.

### ***Disponibilidad de alimentos***

El municipio cuenta con una Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) 2015-2020, que busca garantizar tanto la disponibilidad y el acceso a los alimentos necesarios y de óptima calidad, fundamentales para la nutrición adecuada de los habitantes. Para esto la política se mueve alrededor de 5 ejes claves que son:

1. **Disponibilidad de alimento:** es la cantidad de alimentos con que se cuenta a nivel nacional, regional y local, los cuales deben ser suficientes para los requerimientos nutricionales de la población.
2. **Acceso:** es la posibilidad de todas las personas para alcanzar una alimentación adecuada y sostenible en igualdad de condiciones y oportunidades.
3. **Consumo:** está determinado por la cultura, los patrones y los hábitos alimentarios, la educación alimentaria y nutricional, la información comercial y nutricional, el nivel educativo, la publicidad, el tamaño y la composición de la familia.
4. **Aprovechamiento o utilización biológica de los alimentos:** corresponde a la cantidad de nutrientes que se obtienen de los alimentos para ser asimilados por el organismo. Sus principales determinantes son: el medio ambiente, el estado de salud de las personas, los entornos y estilos de vida, la situación nutricional de la población, la disponibilidad, la calidad y el acceso a los servicios de salud, suministro de agua potable, saneamiento básico y fuentes de energía.
5. **Calidad e inocuidad de los alimentos:** se refiere al conjunto de características o normas que debe tener el alimento para que sea apto para el consumo humano. Sus determinantes básicos son: la normatividad (elaboración, promoción,

aplicación, seguimiento); la inspección, vigilancia y control; los riesgos biológicos, físicos y químicos, y la manipulación, conservación y preparación de los alimentos.

Con la formulación e implementación de esta política pública, el municipio avanza hacia la optimización de la producción, manejo y comercialización de alimentos y sus condiciones de salubridad, tanto aquellos que se producen en el municipio y la región, así como los que llegan de zonas más alejadas del territorio nacional.

### **Condiciones de trabajo**

Uno de los aspectos claves para el desarrollo social y económico, se relaciona directamente con el acceso a empleo de calidad, en condiciones óptimas para el buen desempeño laboral, articulado a la menor afectación de la salud de los trabajadores del municipio. Por esto es necesario poder consolidar acciones encaminadas a mejorar la calidad y la seguridad laboral de los trabajadores del municipio, por medio de la propuesta de formulación de una política de salud laboral, con el fin de reducir la accidentalidad laboral, y que según las cifras de los años 2012 y 2013 se mantiene un número importantes de accidentes laborales según cifras de Plan de Intervenciones Colectivas PIC, Prioridad Salud Laboral, ESE María Auxiliadora.

**Número de accidentes laborales por meses 2012 y 2013  
Municipio de Mosquera**

	<b>Año 2012</b>	<b>Año 2013</b>
<b>ENERO</b>	113	117
<b>FEBRERO</b>	133	155
<b>MARZO</b>	108	161
<b>ABRIL</b>	108	120
<b>MAYO</b>	122	144
<b>JUNIO</b>	138	96
<b>JULIO</b>	121	92
<b>AGOSTO</b>	118	101
<b>SEPTIEMBRE</b>	117	71
<b>OCTUBRE</b>	97	120
<b>NOVIEMBRE</b>	117	70
<b>DICIEMBRE</b>	101	ND
<b>TOTAL</b>	<b>1.393</b>	<b>1.247</b>

Según estas cifras se observa un total de 1247 accidentes laborales en el 2013, comparado con el 1.393 accidentes en el 2012, y aunque hay una reducción de estos, preocupa que al mes casi todos superan los 100 casos de accidentes. Es por esto que la seguridad laboral, como política de prevención y promoción es fundamental para avanzar en la consolidación de condiciones de vida saludable en las diversas labores

adelantadas por los trabajadores sin importar el sector de la economía donde se desempeñe el trabajo.

### Proporción de población en Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI

Según el censo adelantado por el DANE en el año 2005, para el municipio de Mosquera se establecen los siguientes proyecciones relacionados con Necesidades Básicas Insatisfechas así:

#### Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) Mosquera (2008-2012)

MOSQUERA	CABECERA		RESTO		TOTAL	
	Proporción (%)	Cve (%)	Proporción (%)	Cve (%)	Proporción (%)	Cve (%)
<b>NBI</b>	10.21	8.57	27.16	8.93	11.06	7.59
<b>MISERIA</b>	0.75	35.08	7.67	21.51	1.10	24.03
<b>VIVENDA</b>	0.71	34.54	9.41	17.03	1.14	21.50
<b>SERVICIOS</b>	0.42	39.31	00	00	0.40	39.31
<b>HACINAMIENTO</b>	4.51	13.17	11.88	15.86	4.88	11.73
<b>INASISTENCIA</b>	1.58	23.30	6.28	23.73	1.81	19.63
<b>DEPENDENCIA ECONOMICA</b>	3.74	15.90	8.26	19.49	3.97	14.38

Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2006) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2012)

- 24.1 Índice de pobreza multidimensional promedio % cálculo DNP censo DANE 2005
- 23.2 Índice de pobreza multidimensional Urbana % cálculo DNP censo DANE 2005
- 41.6 Índice de pobreza multidimensional Rural % cálculo DNP censo DANE 2005
- 11.1 % de personas con necesidades básicas insatisfechas censo DANE (2005)
- 10.2 % de personas con necesidades básicas insatisfechas cabecera censo DANE (2005)



- 27.2 % de personas con necesidades básicas insatisfechas resto censo DANE (2005)

## Cobertura Bruta de educación

Los principales indicadores relacionados con educación en el municipio de Mosquera, y su tendencia de aumento o reducción en el período 2011-2013, son los siguientes:

102.5 % Tasa de cobertura bruta en transición año 2011  
124.6 % Tasa de cobertura bruta en transición año 2012  
119.5% Tasa de cobertura bruta en transición año 2013

117.9 % Tasa de cobertura bruta en primaria año 2011  
124.6 % Tasa de cobertura bruta en primaria año 2012  
133.2% Tasa de cobertura bruta en primaria año 2013

128.9% Tasa de cobertura bruta en secundaria año 2011  
131.9% Tasa de cobertura bruta en secundaria año 2012  
137.9% Tasa de cobertura bruta en secundaria año 2013

88.8% Tasa de cobertura bruta en media año 2011  
93.1% Tasa de cobertura bruta en media año 2012  
100.7% Tasa de cobertura bruta en media año 2013

3.4% Tasa de deserción año 2011  
2.3% Tasa de deserción año 2012  
3.1% Tasa de deserción año 2013

3.1% Tasa de repitencia año 2011  
1.3% Tasa de repitencia año 2012  
1.3% Tasa de repitencia año 2013

## 5. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS, FACTORES DE RIESGO Y DETERMINANTES

Ningún país del mundo tiene los suficientes recursos para proveer a todos sus ciudadanos la totalidad de los servicios con los máximos estándares de calidad posibles. En la actualidad los gobiernos se ven enfrentados a múltiples factores, que afectan las decisiones de gasto en salud. De un lado, crecientes demandas por servicios médicos y del otro, limitados recursos financieros para cubrirlas.

En este contexto, la priorización como instrumento para la toma de decisiones se consolida como una estrategia con un enfoque más o menos sistemático para distribuir los recursos disponibles entre las demandas existentes de tal manera que se logre el mejor sistema de salud posible con los recursos que se tienen. Asimismo, la priorización busca dar respuesta a cómo tomar las decisiones de asignación de recursos, involucrando a todos los actores afectados y dando espacio a los valores culturales, sociales, técnicos y políticos que puedan incidir en las decisiones de cobertura (Banco Interamericano de Desarrollo, 2012).

De acuerdo a los efectos de salud identificados en los capítulos anteriores se realizó la priorización en salud para el municipio de Mosquera, inicialmente con el reconocimiento de los problemas de salud y sus determinantes, para posteriormente proceder a la priorización de los problemas de salud identificados.

Teniendo en cuenta la priorización de los temas de salud presentados por la comunidad de los diferentes sectores y barrios del municipio, resultado de las mesas de trabajo adelantadas por la alcaldía municipal, en el proceso de construcción del Plan de Desarrollo “Mosquera Tarea de Todos 2016-2019”, se logró consolidar la siguiente información:

Mesa Centro Histórico:

- En mención de las problemáticas: la falta de personal idóneo para la puesta en funcionamiento de unidades médico-odontológicas móviles y la falta de personal que permita tener mayor acompañamiento a los jóvenes y sus padres en temas como la maternidad, la sexualidad, entre otros con el apoyo de las instituciones educativas.
- Sobresaliendo la ausencia de personal idóneo en las unidades móviles médico odontológicas, así como la falta de personal que permita tener mayor

acompañamiento a los jóvenes y sus familias en temas específicos maternidad, sexualidad, entre otros.

- Con relación a las propuestas de solución: la contratación de los perfiles según los requerimientos que por ley y teniendo en cuenta el nivel de hospital sean necesarios. Así como elaborar el manual de estándares de humanización del servicio.

#### Mesa Poblado:

- problemáticas de este sector tenemos las siguientes: ausencia de personal suficiente en el Hospital María Auxiliadora E.S.E, desconocimiento por parte los ciudadanos de los espacios de participación en temas de salud.
- propuestas de solución: implementación de programas de tomas barriales, una estrategia de descentralización de la salud así como las brigadas en salud.
- Frente a los aspectos positivos que tiene el sector, la población menciona la construcción y dotación del Hospital.
- Frente a los programas que le gustaría que la administración implementara: un centro asistencial inmediato.
- Municipio en 10 años: con total cobertura en salud y que el hospital tuviera un cuerpo especializado de médicos.
- En alusión a los lugares representativos del municipio se tienen: Laguna de la Herrera, biblioteca san Juan Bosco y parque principal.

#### Mesa Porvenir:

- Los asistentes a la mesa señalaron que no hay atención oportuna en la central de citas de la ESE María auxiliadora, donde pueden pasar largo tiempo para conseguir una cita telefónica.
- En esa medida solicitan contratación de más profesionales de la salud para el hospital, para la asignación de citas y para las unidades móviles
- Proponen implementar una droguería comunitaria
- No consideran nada positivo en este sector
- Solicitan más seguridad
- Ven al municipio par al aproxima década como el mejor municipio a nivel nacional, excelente gestión
- No mencionan nada representativo del municipio

#### Mesa Planadas:

- Falta personal idóneo para la puesta en funcionamiento de unidades médico-odontológicas móviles.
- Se debe hacer contratación del personal idóneo para la puesta en marcha de las unidades médico-odontológica.
- Se debe dar la construcción de un centro de salud con funcionamiento las 24 horas en el sector de planadas, sabana, Managua
- Son bien vistas las jornadas de vacunación realizadas
- Solicitan aumentar el número de profesionales del área de la salud que puedan prestar mejor servicio en Hospital y centros de salud
- Se espera que en el futuro se disponga de mejor servicio de salud, aumento de médicos generales y especialistas
- La laguna de la Herrera es el elemento más reconocido en Mosquera

#### Mesa Santa Ana:

- Problemáticas: la falta de personal idóneo para la puesta en funcionamiento de unidades médico-odontológicas móviles y la falta de personal que permita tener mayor acompañamiento a los jóvenes y sus padres en temas como la maternidad, la sexualidad, entre otros con el apoyo de las instituciones educativas.
- propuestas de solución: contratación de los perfiles según los requerimientos que por ley y teniendo en cuenta el nivel de hospital sean necesarios. Así como la adquisición de un vehículo para el transporte de pacientes en caso de tratamientos especializados a los municipios vecinos.
- Otras problemáticas: falta de humanización en el servicio de salud.
- Visión del municipio: los ciudadanos lo ven como un municipio libre de drogas y con la atención de especialistas.

#### Mesa Conjuntos:

- Persiste falta de personal que permita tener mayor acompañamiento a los jóvenes y sus padres en temas como la maternidad, la sexualidad, etc.

- Debe darse la contratación de los más profesionales que den un mejor servicio y que se aumente el nivel del Hospital
- Falta un servicio de ambulancia las 24 horas
- Ha sido bueno para los habitantes la construcción del nuevo hospital
- Serian positivos los programas y jornadas de salud por todos los barrios del municipio para prevención de enfermedades
- Mosquera en 10 años debe tener más centros médicos y/o hospitales

#### Mesa Villanueva:

- Sobre salud se dice que no hay un carro que movilice el personal idóneo para atender a las personas y para trasladar pacientes. En ese sentido se pide adquisición de un vehículo para el transporte
- Se solicita aumentar el número de profesionales que atienden en la ESE.
- Se consideran pocas las especialidades que presta el Hospital.
- Se considera que la Iglesia es lo más representativo de Mosquera, junto con su parque principal

#### Mesa Diamante:

- El desconocimiento por parte los ciudadanos de los espacios de participación en temas de salud y ausencia de un carro que movilice el personal idóneo para atender a las personas en estado crónico, a las mujeres lactantes/gestantes, urgencias y/o aquellas que se encuentran en condición de discapacidad.
- Implementar programas de tomas barriales que permitan atender a la población y realizar seguimiento en temas de promoción y prevención, hábitos de vida saludable, entre otros.
- La adquisición de un vehículo para el transporte de pacientes en caso de tratamientos especializados a los municipios vecinos y aumentar los consultorios una estrategia que lidere personal idóneo para realizar acompañamiento a los jóvenes que en compañía con otras secretarias se oriente el buen uso del tiempo libre.
- En mención de otras problemáticas: faltan las jornadas de fumigación y esterilización animal. Y la humanización en el servicio de salud.
- En cuanto a los aspectos positivos que destaca del municipio son: la construcción y dotación del hospital y Las unidades de atención domiciliarias a los pacientes.

- Las estrategias que debería implementar la administración municipal en este sector serían la Ampliación del hospital, Brigadas de vacunación dirigida al adulto mayor y mejorar la atención en los centros de salud.
- Con relación a la visión del municipio desde este sector, los ciudadanos lo ven con total cobertura en la atención a la salud.
- Lo más representativo para la comunidad es el festival Recrearte.

#### Mesa Villa Jenny:

- Ausencia de un carro que movilice el personal idóneo para atender a las personas en estado crónico, a las mujeres lactantes/gestantes, urgencias y/o aquellas que se encuentran en condición de discapacidad. La falta de personal que permita tener mayor acompañamiento a los jóvenes y sus padres en temas como la maternidad, la sexualidad, entre otros con el apoyo de las instituciones educativas.
- Con relación a las propuestas de solución tenemos que la mayor priorización se concentra en la contratación de los perfiles según los requerimientos que por ley y teniendo en cuenta el nivel que tiene la E.S.E María auxiliar sean necesarios. Así como elaborar el manual de estándares de humanización del servicio. Y aumentar los consultorios una estrategia que lidera personal idóneo para realizar acompañamiento a los jóvenes que en compañía con otras secretarías se oriente el buen uso del tiempo libre.
- En mención de otras problemáticas en el sector salud se propuso el mejoramiento y dotación del Hospital.
- En cuanto a los aspectos positivos que destaca del municipio son: Las unidades de atención domiciliarias a los pacientes.
- Las estrategias que debería implementar la administración municipal en este sector es tener mayor cobertura en el servicio de salud.
- Con relación a la visión del municipio desde este sector, los ciudadanos lo ven con total cobertura en la atención a la salud.
- Y en el punto de que producto, elemento figura, plato, evento prenda o lugar considera usted que ha representado al Municipio de Mosquera o podría representarlo. Lo más representativo para la comunidad es el festival Recrearte y el Humedal del Guali.



#### Mesa la Arboleda:

- Ausencia de personal suficiente en la E.S.E maría auxiliadora, de tal manera que permita dar respuesta a la asignación de citas vía teléfono, por página web.
- Con relación a las propuestas de solución Implementar programas de tomas barriales que permitan atender a la población y realizar seguimiento en temas de promoción y prevención, hábitos de vida saludable, entre otros.
- En mención de otras problemáticas en el sector salud que se hayan identificado tenemos la humanización en el servicio de salud. El mejoramiento y dotación del Hospital.
- En cuanto a los aspectos positivos que destaca del municipio son: El mejoramiento del servicio de salud.
- las estrategias que debería implementar la administración municipal en este sector es tener Mayor cobertura en el servicio de salud. Y mejorar la atención en los centros de salud.
- Con relación a la visión del municipio desde este sector, los ciudadanos lo ven como el mejor municipio a nivel nacional en cuanto a salud.

#### Mesa el Trébol:

- La atención en el hospital continúa siendo descortés y desobligante, donde se indica que al acudir al Hospital no se atienden a los pacientes sino que se remiten a la EPS, independiente de la enfermedad o padecimiento que se tenga.
- Se pide cambiar el personal o tomar medidas disciplinarias para que quienes laboran allí presten un buen servicio a la comunidad
- Se considera que la drogadicción es un problema que requiere urgente de rehabilitación o medidas de prevención.
- La construcción y dotación del hospital es un avance para el municipio
- Se pide implementar tecnología para citas médicas, además para brindar información (internet y teléfono).

#### Mesa Parcelas:

- La falta de una sala de lactancia que complementen a los programas de prevención y promoción, institución amiga de la mujer y de la infancia (IAMI).
- Adecuación y dotación de una sala de lactancia.
- Trato humano, cordial y eficiente en el Hospital de Mosquera.



### Principales cambios demográficos en el municipio de Mosquera

El municipio de Mosquera se ha convertido en el polo de desarrollo industrial del departamento de Cundinamarca, su cercanía con la capital del País, 23 Km, lo ubica como una de las principales zonas del suroccidente de Bogotá. El municipio de Mosquera cuenta con una población de 82.750 (DANE: 2015) habitantes, con una densidad poblacional de 754 habitantes por Km<sup>2</sup>, pero con una concentración de la población en el área urbana en su gran mayoría, lo que indica una gran concentración población en el casco urbano.

Los principales riesgos de Mosquera, de acuerdo a las características del territorio, están asociados a amenazas naturales tales como las inundaciones relacionadas con el crecimiento del rio Bogotá.

Su estructura demográfica es propia de una región joven, donde se evidencia un crecimiento acelerado de la población, con un patrón irregular en los más jóvenes, sin diferencias marcadas entre sexos, con un importante crecimiento de la población económicamente activa, en paralelo al incremento de los habitantes de los grupos poblacionales que contienen a la población denominada adulto mayor. En consecuencia, la relación de dependencia es de 7,38%, lo que significa que de cada 100 personas económicamente activas dependen aproximadamente 8.

A pesar del crecimiento de la población adulto mayor, el índice de Friz para el año 2014 estuvo en 140,63 lo que permite clasificar la población del Municipio en el rango de población madura.

### **Priorización de los problemas de salud en el municipio de Mosquera**

A partir de la identificación de las principales problemáticas en salud, a continuación se describe los problemas por cada dimensión del Plan Decenal de Salud Pública:

En el componente Salud Ambiental: a pesar que los indicadores reportan unos altos índices de cobertura de acueducto y alcantarillado, existe un porcentaje importante (6,5%) de población que aún no tiene acceso a adecuadas fuentes de agua, principalmente en el Sector de Los Puentes. No siendo este problema exclusivo del municipio de Mosquera, al observarse para el departamento de Cundinamarca el indicador por encima del 20% de no cobertura.

En el componente de vida saludable y condiciones no transmisibles, se establece como prioridad las enfermedades cardiovasculares, los accidentes de tránsito y accidentes terrestres y las neoplasias por presentar mayor magnitud y severidad en el componente de convivencia social y salud mental como principales problemáticas en salud se encuentra la violencia intrafamiliar, y la violencia contra las mujeres.

Seguridad alimentaria y nutricional: entre los problemas de salud priorizados también se encuentran los eventos relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional en la población menor de 5 años y las mujeres en condición de gestación.

En la dimensión de salud sexual y reproductiva se prioriza dentro de las principales problemáticas las infecciones de transmisión sexual, específicamente prevención de VIH, en la población general.

Por último, se describen a continuación los problemas priorizados en el árbol de problemas elaborado por el municipio de Mosquera.



Causas indirectas	Causas directas	Problema identificado	Consecuencias directas	Consecuencias indirectas
Cambios climáticos	Prevalencia de enfermedades respiratorias	Aumento en la tasa de mortalidad en menores de 5 años residentes en el Municipio de Mosquera	Aumento de la morbilidad en menores de 5 años	Cierre de instituciones educativas por esta morbilidad
Desconocimiento de los protocolos de atención médica	Negligencia por parte del personal médico		Aumento de casos con Complicaciones	Aumento de muertes
Problemas de afiliación y desafiación entre las entidades de salud	Negligencia por parte de los aseguradores		Creación de una barrera de acceso para la atención oportuna	Alto costo familiar en traslados a otros niveles de atención
Atención en centros especializados o con otro nivel	Complicación de las enfermedades		Disminuye el tiempo de acceso a un tratamiento de manera oportuna	Amplia las posibilidades de desarrollar nuevas enfermedades
Causas indirectas	Causas directas	Problema identificado	Consecuencias directas	Consecuencias indirectas
Mujeres menores de edad	Presencia de embarazos no deseados	Aumento en la tasa de mortalidad en menores de 1 año residentes en el Municipio de Mosquera	Aumento de violencia intrafamiliar	Aumento de rupturas de núcleo familiar
Los recursos económicos no son suficientes	Inasistencia a las citas médicas por parte de las madres y/o padres		Aumento de conductas psicológicas secuela por la pérdida en uno de los miembros de la familia	Aumento de casos de depresión y culpabilidad en los padres del menor
Los padres acuden a remedios caseros.	Negligencia por parte de los padres en casos de urgencia		Complicaciones y muerte	Alto costo familiar en traslados a otros niveles de atención
Llegada de mamitas para el parto provenientes de otros municipios	Presencia de recién nacidos sin controles		Aumento de casos de enfermedades que no fueron tratadas durante el parto	Aumento de casos de niños con bajo peso

### Aumento en la tasa de mortalidad en menores de 5 años residentes en el Municipio de Mosquera

Los factores ambientales y de cambio climático, son generadores de una mayor frecuencia de enfermedades respiratorias especialmente en la población infantil, lo que ha incrementado los casos de morbilidad y las complicaciones en los menores de 5 años.

Otras causas asociadas con este problema es la negligencia, tanto del personal médico y como de los aseguradores, por desconocimiento de los protocolos de atención médica en caso del personal médico, y por dificultades de afiliación en las entidades



de salud. Es por esto, que se crean barreras de acceso en la atención y prestación de servicios.

Como consecuencia de todo lo anterior, la tasa de mortalidad infantil de menores 5 años en el año 2014 es de 8.45 por mil nacidos vivos, que se evidencia con la muerte a causa de enfermedades respiratorias en los niños menores de cinco años, que durante el período 2013-2015 registró seis casos y por otras enfermedades respiratorias que registraron 3 casos en 2013.

### **Aumento en la tasa de mortalidad en menores de 1 año residentes en el Municipio de Mosquera.**

Teniendo en cuenta que existe un importante número de embarazos no deseados, afectando tanto a mujeres adolescentes como adultas, que viven en condiciones económicas difíciles, con desconocimiento de buenas prácticas saludables, y la negligencia al no asistir a los controles médicos periódicos, se generan factores que inciden en la mortalidad de menores de un año en el municipio, que al año 2015 presenta una tasa de 8.3 por mil nacidos vivos.

La mortalidad genera dinámicas dentro de las familias relacionadas con conductas psicológicas de los miembros de la familia, así como generación de violencias, conllevando con esto a la ruptura del núcleo familiar.



Causas indirectas	Causas directas	Problema identificado	Consecuencias directas	Consecuencias indirectas
Desempleo y falta de competencias laborales	Falta de ingresos	Aumento del porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global (anual) (retraso en el peso para la edad) residentes en el Municipio de Mosquera	Aumenta la compra de alimentos innecesarios e inadecuados	Disminución de los factores protectores frente a enfermedades de la infancia
Presencia de enfermedades prevalentes de la infancia	Niños con dificultad motora		Aumento de niños con déficit de atención en la escuela	Aumento en los costos de salud para la familia
Dificultad en el acceso a los servicios de salud	Problemas con el aseguramiento en salud		Aumento de muertes asociadas a la desnutrición	Baja detección a tiempo de los riesgos de morbilidad
Creencias y mitos culturales	La práctica de la lactancia materna exclusiva y total en los niños menores de 2 años es nula		Aumento de enfermedades prevalentes o incidentes en los niños, niñas menores de 5 años	Aumenta el deterioro de la salud de los niños y niñas
Causas indirectas	Causas directas	Problema identificado	Consecuencias directas	Consecuencias indirectas
Nuevos lineamientos internacionales	Parámetros nacionales y municipales no están acordes con los parámetros internacionales	Aumento en el porcentaje de prevalencia de exceso de peso en niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años residentes en el municipio de Mosquera	Difícil establecer unidades de medida	Aumento en los indicadores de prevalencia de exceso de peso en niñas, niños y adolescentes menores de 18 años
Sobreoferta de alimentos de baja calidad nutricional	Aumento en el costo de los alimentos saludables		Aumento del consumo excesivo de alimentos de baja calidad nutricional	Aumento de la presencia de enfermedades crónicas transmisibles en la edad adulta
Cambio climático	Cambios en la producción de alimentos		Aumento en el precio de los alimentos	Aumento de la inseguridad alimentaria y nutricional de las familias
Ausencia de estilos de vida				Aumento del exceso de

### **Aumento de porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global (anual)(retraso en el peso para la edad) residentes en el municipio de Mosquera.**

Debido al desconocimiento y prácticas de hábitos saludables en la alimentación como la lactancia materna, sumado al bajo nivel de ingresos de las familias, las limitaciones de acceso a los servicios de salud, razones por las cuales se ha generado el aumento del porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global.

Como efectos de esto, una de las consecuencias se desarrolla en el bajo rendimiento académico y de aprendizaje asociado a la mala alimentación, así como el aumento de enfermedades relacionadas con la nutrición, deterioro general de la salud, lo que finalmente lleva a incrementar los costos de salud para la familia.



### **Aumento en el porcentaje de prevalencia de exceso de peso en niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años residentes en el municipio de Mosquera**

Factores como el cambio climático, que incide en modificaciones de la producción de alimentos, lo que se vincula a su vez con el aumento de los precios de alimentos saludables y de calidad, y también la sobre oferta de alimentos de baja calidad nutricional, inciden en el aumento del porcentaje de prevalencia de exceso de peso.

Como consecuencia de esta problemática, resulta por un lado el consumo excesivo de alimentos de baja calidad nutricional, lo que conlleva al incremento de enfermedades crónicas en la edad adulta, y el detrimento de la calidad alimentaria y en salud de las familias.

Causas indirectas	Causas directas	Problema identificado	Consecuencias directas	Consecuencias indirectas
En el núcleo familiar no existe conciencia sobre educación sexual	Las menores de edad fueron abusadas sexualmente	Aumento en el número de mujeres embarazadas de 15 a 18 años residentes en el municipio de Mosquera	Aumento de embarazos por segunda vez	Aumento de la pobreza
Los menores permanecen mucho tiempo en la calle con sus amigos	Existe poca oferta sobre actividades para ocupar el tiempo libre		Aumento de actividades en las cuales los adolescentes combinan alcohol, drogas y sexo	Aumento de enfermedades de Transmisión Sexual
Presencia de violencia intrafamiliar	Las niñas buscan en el embarazo una razón para salir de casa		Aumento de natalidad	Bajo peso en los recién nacidos
Los talleres sobre sexualidad son orientados por mujeres	Los hombres no tienen conciencia sobre los métodos de planificación		Aumento en la sexualidad prematura	Aumento de prácticas sexuales como porno, promiscuidad, entre otras temprana edad
Causas indirectas	Causas directas	Problema identificado	Consecuencias directas	Consecuencias indirectas
Relaciones sentimentales inestables	Prácticas sexuales indebidas	Aumento en el número de personas con VIH/Sida mayores de edad entre los 18 a 36 años residentes en el Municipio de Mosquera	Aumento de población contagiada sin control	Aumento del número de personas con VIH/SIC
No hay conciencia sobre los métodos de planificación	Falta de protección durante la relación		Aumento de niños que nacen con VIH positivo	Aumento de niños con riesgo de mortalidad
El bisexualismo en las relaciones sexuales	Se promueve la promiscuidad		Reducidos casos detectados a tiempo	Aumento de embarazos transmisión sexual
Dependencia económica	El trabajo sexual como fuente de ingresos		Aumento de infecciones de transmisión sexual	Aumento en los contagios masivos.

*Elaborado por:*

**DNP** Departamento Nacional de Planeación

*Nota:* No olvide que puede insertar filas en caso de ser necesario para completar el paso.

KITerritorial

Paso 4- Unidad 1

## Aumento en el número de mujeres embarazadas de 15 a 18 años en el municipio de Mosquera.

El incremento del embarazo adolescente es producto de múltiples causas y situaciones como la baja educación sexual en las familias, la falta de alternativas de interés real para los adolescentes, que los lleva al no desarrollo de actividades que enriquezcan sus proyectos de vida, así como episodios de violencias psicológicas, físicas, y sexuales en sus familias.



Como consecuencia de lo anterior, se observan aspectos como segundos embarazos en adolescentes, el aumento de las enfermedades de transmisión sexual, deterioro de las condiciones de salud de la madre y del recién nacido. Sumando esto, en el municipio se refleja en el aumento de las tasas de natalidad y el incremento de la pobreza en las familias involucradas.

**Aumento en el número de personas con VIH-SIDA mayores de edad entre los 18 a 36 años residentes en el municipio de Mosquera.**

Las causas que generan este aumento corresponden a baja educación sexual, incorporando prácticas como la promiscuidad, el no uso de métodos anticonceptivos y de prevención de transmisión de enfermedades, intercambios sexuales por interés económico.

Como consecuencias de este aumento de personas contagiadas, se genera un bajo control y registro de los casos al no ser identificados en el sistema de salud, así como el nacimiento de niños y niñas con VIH-SIDA, y aumento de otras infecciones de transmisión sexual.

## CAPITULO II

### PRIORIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA

La priorización en salud pública se define como un orden jerárquico de importancia de las situaciones y circunstancias que afectan la salud en el territorio, frente a otras que compiten él, por tanto, ameritan mayores esfuerzos para ser intervenidas desde la competencia del sector salud, los otros sectores y actores involucrados.

Una tensión en salud se define como el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de una o varias dimensiones prioritarias para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población.

Una tensión en salud compromete uno o más polos (dimensiones del desarrollo) y algún aspecto de la salud del colectivo poblacional. La presión generada puede darse en una dirección o en ambas. Si la tensión no se resuelve oportunamente y de manera satisfactoria, el desequilibrio puede acarrear daños importantes en uno o ambos términos de la relación y, por consiguiente, en la salud y la calidad de vida de la población; incluso puede llegar a producir daños irreversibles, caso en el cual ya no es posible restablecer el equilibrio y deberá gestarse uno nuevo

La descripción textual y contextual de la tensión concluye con la asignación de valores numéricos a cada uno de los elementos que la conforman (su intensidad, su cronicidad, sus impactos y el grado de ingobernabilidad para hacer frente a la tensión), con los cuales se estima el balance total de la tensión.

En el caso del municipio de Mosquera, se han identificado las siguientes ocho (8) tensiones, resultado del cruce de las dimensiones del desarrollo y las dimensiones establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública:

1. El crecimiento de la población en el municipio, la cual se ha venido concentrando en la zona urbana del mismo, ha generado dinámicas diversas, en las que la administración municipal ha tenido que asumir acciones para brindar la protección y restitución de derechos de las personas más vulnerables, por medio de la adecuación de espacios para la vivienda, y evitar la ubicación de poblaciones en zonas de riesgo, lo que va acompañado con la prestación de servicios públicos, la seguridad alimentaria, la sana convivencia, la reducción de las violencias, la prevención de consumos de SPA legales e ilegales. Este crecimiento poblacional conlleva a la formulación de líneas de acción específica que permitan la atención diferenciada de las demandas sociales de los pobladores. Por un lado resulta preocupante que en el municipio no quedan lugares en el banco de predios adecuados para la construcción

de nuevas viviendas en zonas adecuadas y no en zonas de riesgo como por ejemplo en zonas inundables, así como la adecuación de nuevas redes de servicios públicos, atención en salud, opciones de empleo de calidad.

En efecto, la población del municipio en los últimos 5 años se ha incrementado de 72.700 habitantes en 2010 a 82.750 en el 2015, lo que representa un crecimiento del 14% del total de la población en los últimos 5 años. Este aumento se ha generado por cuenta del crecimiento vegetativo de la población, así como por el hecho de que el municipio se ha convertido en polo de atracción que ha estimulado el fenómeno de la inmigración de personas en busca de nuevas oportunidades laborales, económicas y sociales.

El crecimiento de la población, genera un alto impacto en la oferta de bienes y servicios programados por la administración municipal, lo que conlleva un incremento no programado en la inversión social.

2. Uno de los aspectos a tener en cuenta en la garantía del derecho a la salud, corresponde inicialmente a adelantar procesos de prevención de la enfermedad, y la generación de una cultura de vida saludable, promoviendo buenos hábitos de salud relacionados con una alimentación balanceada, la práctica de actividades deportivas y recreativas que permitan un buen estado físico y mental, el desarrollo de actividades lúdicas y recreativas. A su vez la atención temprana de enfermedades evitando que esta avance resultando en cuadros clínicos más complejos. Estas acciones desarrolladas permiten evitar los casos de enfermedades complejas como la diabetes, hipertensión, enfermedades isquémicas entre otras.

3. En el municipio se presentan dinámicas como el ejercicio de las violencias, el consumo de SPA, la dificultad de acceder a empleo de calidad, involucrando en estas a los miembros de las familias, a grupos vulnerables como indígenas y afros, la proliferación de grupos delincuenciales, y de micrográfico. Estas actividades afectan no solo la salud física de la población sino también la salud mental, lo que conlleva a generar estados de miedo tanto al interior de sus familias donde hay violencia intrafamiliar, sexual y de género, así como en las calles donde hay miedo permanente a ser afectado en la integridad física y mental.

A pesar de la disminución de las violencias en los últimos dos años en el municipio, aún persisten casos de esta problemática contra las mujeres (60 casos 2015), violencia sexual (20 casos 2015), violencia infantil (15 casos 2015), violencia intrafamiliar (24 casos 2015)<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Diagnostico Plan de Desarrollo Mosquera 2016-2019.

4. Frente a las demandas de alimentos fundamentales para el mantenimiento de la salud y la vida, se hace necesario mantener el control permanente de los alimentos que ingresan al municipio y así como su distribución y consumo en óptimas condiciones, minimizando los riesgos de enfermedad para la población. Es importante que se garantice la calidad de los alimentos en todas las etapas de producción distribución y consumo de estos. A su vez esto permite mantener los estándares de talla y peso de la población, y garantizar que los alimentos sean los adecuados para garantizar la salud.

Algunos aspectos relevantes en el municipio, tienen que ver con la reducción de la tasa de mortalidad en menores de 1 año al igual que la disminución del porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global (retraso en el peso para la edad), el porcentaje de prevalencia de exceso de peso en niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años, la reducción del número de mujeres embarazadas entre los 15 a 18 años, así como el seguimiento a las personas con VIH/Sida mayores de edad.

En el tema nutricional y pese a la variedad de estrategias para mantener en su peso a las madres lactantes, gestantes, menores de 5 años y población víctima, se siguen presentando casos de malnutrición. A su vez, se evidencia el aumento en el porcentaje de niños, niñas y adolescentes de cero a 18 años con exceso de peso, representado en un incremento de 19.67% en 2014 a 20.92% en el 2015. Por otra parte, el retraso en peso también se incrementó de 4.57% en el 2014 a 4.97% en el 2015 en el mismo grupo de edad.

5. Resulta fundamental adelantar acciones específicas que permitan la sensibilización de los habitantes del municipio en términos de prevenir la transmisión de ETS, la prevención de embarazos no deseados, así como la atención en salud de madres gestantes. Las condiciones sociales, culturales y económicas, limitan el accionar de las autoridades de la salud, ya que no permite que se desarrolle un disfrute pleno y responsable de la sexualidad, dificultando la ejecución de las indicaciones de los profesionales en salud.

Se deben reforzar las acciones dirigidas a la prevención y atención, en razón de que el año 2015 se presentaron 21 casos de personas con VIH/SIDA.

6. Las coberturas en vacunación demandan una atención específica principalmente en primera infancia y población adulto mayor. Muchas de las personas residentes del municipio pertenecen al régimen contributivo, lo que genera que no se acuda a los servicios públicos de salud del municipio, y también muchas de las madres gestantes tienen a sus bebés en otros municipios o en Bogotá. La vacunación adecuada resulta ser una alternativa efectiva en la prevención de enfermedades, reduciendo así el gasto

público en tratamiento de enfermedades que pueden ser prevenibles a través del esquema de vacunación.

Mosquera debe mantener su nivel de cobertura del programa ampliado de inmunizaciones (PAI), en el 95%, como lo ha venido cumpliendo en el 2015, en la aplicación de los biológicos pentavalente en menores de 1 año, triple viral en niños de 1 año y refuerzo triple viral en niños de 5 años.

7. Teniendo en cuenta la cercanía a recursos hídricos como el río Bogotá, y al poseer zonas inundables, además de riesgos químicos y biológicos por los desechos que pueda generar el sector industrial.

La administración municipal ha venido atendiendo de forma acertada los caso de emergencias y desastres producidos en su territorio, acción que se ha fortalecido con la creación de la dirección municipal de gestión del riesgo, la cual se articula con la secretarías de ambiente y salud para la atención en caso de algún desastre con el fin de mitigar los impactos contra la población. En el municipio se cuentan con las siguiente áreas de riesgo: Riesgo por inundación: río Bogotá - Porvenir: 21.070 m<sup>2</sup>, río Bojaca los puentes- río Subachoque: 11.586 m<sup>2</sup>, riesgo Tecnológico: Corredor de alta tensión: 844.774 m<sup>2</sup>, Poliducto: 63.355 m<sup>2</sup>, Gasoducto: 379.766 m<sup>2</sup>, riesgo Industrial: 1.662.649 m<sup>2</sup>, Riesgo por remoción en masa: 29. 428.069 m<sup>2</sup>, riesgo por incendios forestales: 3.089.806 m<sup>2</sup>

8. Basados en que en el municipio existen múltiples empresas, industrias, y comercio, esto involucra una gran cantidad de personas dentro del mercado laboral, pero en ocasiones algunas labores desconocen la normatividad laboral, por presentarse vinculaciones a destajo y pago por hora, sin ninguna afiliación del trabajador al SGSSS, así como la vinculación de menores de edad en labores no adecuadas ni permitidas para estos, lo que va en deterioro de las condiciones de salud de los trabajadores que no tienen ninguna garantía ni acceso a servicios en caso de necesitarlos, cuestión que debería garantizar y atender el empleador. También muchos trabajadores están expuestos a actividades de alto riesgo como la construcción o el trabajo con productos químicos, lo que resulta crítico si además de no estar afiliados al sistema de salud y protección social, no se le brindan los implementos necesarios para su protección.

Frente a esta situación el municipio por medio de la Dirección de empleo emprendimiento, gestiona la vinculación de 3.273 personas en los últimos 4 años, a empresas de la región, garantizando así el reconocimiento de todos los derechos de ley y la vinculación SGSSS.

## Conclusiones

Teniendo en cuenta el balance por cada tensión arriba mencionada, la siguiente tabla permite observar los valores que se le asignaron, según la metodología “Estrategia PASE a la Equidad en Salud” a los diferentes aspectos de cada tensión de acuerdo a las siguientes definiciones:

- (i) intensidad es equivalente a graduar la gravedad de la tensión.
- (ii) cronicidad que corresponde a si es de corto, mediano o largo plazo
- (iii) impacto que responde a como la tensión afecta las dimensiones del desarrollo,
- (iv) ingobernabilidad que responde a la capacidad de respuesta institucional ante las tensiones.

**VALORACIÓN DE LAS TENSIONES IDENTIFICADAS  
PARA EL MUNICIPIO DE MOSQUERA**

TENSIÓN	INTENSIDAD (GRAVEDAD)	CRONICIDAD (DURACIÓN)	IMPACTO	INGOBERNABILIDAD INSTITUCIONAL Y SOCIAL (DEBILIDAD INSTITUCIONAL)	TOTAL VALORACIÓN DE LA TENSIÓN <sup>4</sup>
1	3	2	3	2	2,25
2	3	3	3	2	1,91
3	3	3	3	3	2
4	2	2	3	2	1,75
5	2	2	2	2	2
6	2	2	3	2	1,41
7	3	3	2	1	1,66
8	3	2	3	2	2,25

Metodología “Estrategia PASE a la Equidad en Salud”.

Para poder interpretar y hacer una lectura del total de la valoración de la tensión, es importante aclarar que este valor es resultado de la suma de los valores de (intensidad, cronicidad, impacto, ingobernabilidad y reforzadores) y el peso de los liberadores. Cuando la tensión es inferior a 1, la tensión se encuentra bajo control; si es igual a 1 está en equilibrio pero se mantiene; y finalmente, si es mayor de 1, requiere atención y entre más se aleja de 1, desborda aún más la respuesta institucional.

<sup>4</sup> Esta valoración es resultado del promedio entre los componentes de la valoración de cada tensión, pero incluye los valores de los reforzadores y liberadores de las tensiones, los cuales no se hicieron visibles en la tabla.



Se puede evidenciar que las tensiones **1, 3, 5 y 8** son las que tienen los valores que más se alejan de 1, y requieren mayor atención y que se cruzan en las dimensiones del desarrollo poblacional, social y económica, como aspectos claves a tener en cuenta para brindar equilibrio que permita controlar el crecimiento poblacional, articulado con la generación de garantías y condiciones para la sana convivencia, que se relacionan con oportunidades y ofertas laborales, educativas, de bienes y servicios para la población.

Para el caso de las tensiones **2, 4, 6 y 7**, que están más cerca de 1, y que son más manejables pero aún no están bajo control total o en equilibrio, se involucran la dimensiones del desarrollo de la salud principalmente y de ambiental, requieren seguir desarrollando acciones fuertes relacionadas con la prevención de la enfermedad por medio de los altos porcentajes en cobertura en vacunación, la prevención de la enfermedad con el suministro y consumo adecuado de alimentos reforzando la implementación de la política SAN del municipio, así como la promoción de hábitos de vida saludable, directamente relacionado con la alimentación balanceada y el fomento de actividad física y recreativa, por medio de la dotación de espacios e implementos para su práctica.

Finalmente, la identificación de estas tensiones, deben ser entendidas como oportunidades de revisión, ajuste y potenciación de la administración pública municipal, la implementación de las políticas públicas que involucren de alguna forma acciones que garanticen el derecho a la salud, la gestión y articulación intersectorial, y la vinculación de otros actores que aporten a la gestión y el logro de las diversas acciones en salud, a favor de la garantía de los derechos de la población mosqueruna.



## CAPITULO III

### COMPONENTE ESTRATÉGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PTS MOSQUERA 2016-2019

#### 1. VISIÓN COMPARTIDA DE LARGO PLAZO FRENTE A LA PAZ, EQUIDAD EN SALUD Y DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE Y SUSTENTABLE.

Para el año 2019, Mosquera será un municipio ejemplar a nivel nacional y departamental, reduciendo los factores de riesgo que producen las enfermedades, la mortalidad y la morbilidad, integrando la participación de los diferentes actores que intervienen en la promoción, protección, prevención y garantía del derecho a la salud, generando una atención integral, con un trato humano, que permita mejorar la calidad de vida de todas las personas que habitan el municipio.

#### 2. DESAFÍOS.

El municipio de Mosquera se viene proyectando como un municipio ejemplar a nivel departamental y nacional, por lo que le resulta necesario apuntar a mejorar en los temas en salud que están rezagados y avanzar en mantener aquellos en los que se tienen logros importantes en salud.

Es entonces, que resulta necesario enfocar los esfuerzos en las diversas dimensiones de la salud, y responder a los retos y desafíos como administración municipal, en resolver las diversas dinámicas que resultan complejas de atender, pero que son fundamentales para garantizar el derecho a la salud y a la vida de los habitantes del municipio.

Los principales temas identificados en salud, según el ASIS 2014, como temas y retos para esta administración son:

1. Mejorar la cobertura en servicios públicos domiciliarios a los habitantes del municipio, tanto en las áreas urbanas como rurales.
2. Prevenir y reducir las enfermedades cardiovasculares.
3. Disminuir los índices de mortalidad por causa de accidentes de tránsito, y otros accidentes terrestres.
4. Reducir el número de casos de neoplasias en el municipio.



5. Generar estrategias con el fin de minimizar el número de casos de violencias intrafamiliar, sexual y de género.
6. Promover hábitos y condiciones óptimas para reducir el número de neonatos con bajo peso.
7. Prevenir y reducir casos de personas con infecciones de transmisión sexual.
8. Prevenir y reducir del número de casos de enfermedad por infección respiratoria aguda.
9. Minimizar el número de casos de cáncer de estómago.
10. Disminuir el número de casos de personas con VIH SIDA.
11. Minimizar y prevenir los riesgos de inundaciones del río de Bogotá.
12. Reducir la tasa de desempleo en el municipio.
13. Mejorar las bases de datos sobre información de la población vulnerable en el municipio.
14. Fortalecer los servicios de salud, mejorando la dotación y la especificidad de los servicios prestados en el hospital municipal, como la creación del área de cuidados intensivos para pediatría y persona mayor, así como mejorar la cobertura de servicios de cirugía ambulatoria y hospitalaria.
15. Desarrollar una estrategia integral de mayor impacto, incidencia y cobertura, que permita la mejor y mayor atención de niñas, niños y adolescentes, de los colegios públicos del municipio, en lo relacionado con la atención de la higiene y la salud oral.
16. Mejorar y modernizar y dotar los espacios públicos en los que se desarrollen prácticas de las diversas disciplinas deportivas y de competencia.
17. Reducir a cero el número de casos de tuberculosis.
18. Brindar todas las herramientas humanas y técnicas, a las personas con discapacidad, permitiéndoles fortalecer y desarrollar sus potencialidades.
19. Propiciar la oferta suficiente de alimentos en el municipio para el consumo y a precios accesibles, con el fin de garantizar la seguridad alimentaria.
20. Promover la prevención y atención de riesgos laborales de las personas vinculadas a las diversas empresas presentes en el municipio.
21. Generar procesos de reubicación de personas que se encuentren habitando zonas de alto riesgo.
22. Brindar servicios de salud, eficaces, eficientes y efectivos, por medio de dotaciones adecuadas y un trato respetuoso y humano por parte de los prestadores de servicios, promoviendo y garantizando el derecho a la salud y la vida.

### 3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) establece para el período 2012-2021 tres Objetivos Estratégicos que de igual forma se deben reflejar en los Planes Territoriales de Salud departamentales y municipales:

#### 3.1 Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud:

La equidad en salud es un imperativo ético para alcanzar la justicia social, un derecho inalienable de los ciudadanos y un deber del Estado. La mala salud de los pobres y las grandes desigualdades sanitarias están provocadas por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios y por las injusticias que afectan las condiciones de vida de la población (ABC Plan Decenal de Salud, pg. 34).

Alcanzar la equidad en salud requiere la acción sinérgica de todos los sectores involucrados en el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, entendidos éstos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas.

#### 3.2 Mejorar las condiciones de vida y salud de la población:

Las desigualdades en la sociedad limitan las posibilidades de desarrollo y de gozo de buena salud en todas las etapas del ciclo de vida. Frente a estas diferencias injustas que determinan el grado de desarrollo social y la salud de las personas, el Estado debe garantizar una respuesta equitativa que garantice unas condiciones de vida (medios materiales necesarios para la supervivencia, evitar la miseria y contribuir al desarrollo humano sostenible y saludable).

#### 3.3 Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables:

Entre los daños en salud existe una proporción de mortalidad, morbilidad y discapacidad que puede clasificarse como evitable, teniendo en cuenta la existencia de los servicios de salud y la tecnología necesaria, de modo que su presencia significa fallas en el proceso de atención.

Los servicios pueden considerarse necesarios pero no suficientes, ya que contribuyen a disminuir la morbilidad y mortalidad máximo en un 25%, mientras los Determinantes Sociales de la Salud aportan el 50%, los biológicos el 15% y los ambientales el 10% (Canadian Institute for Advanced Research, 2000).

#### **4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS MUNICIPIO DE MOSQUERA**

De acuerdo con el marco de referencia definido en el PDSP en lo referente a los Objetivos Estratégicos que el país se ha propuesto alcanzar en el período 2012-2021, los Objetivos Estratégicos para el municipio de Mosquera para el período 2016-2021 se establecen de la siguiente manera:

4.1 Brindar las condiciones financieras, materiales y humanas, de los diversos sectores institucionales del municipio, para la garantía del derecho a la salud, haciendo especial énfasis en la atención de poblaciones vulnerables, por medio de una atención integral y diferencial, que permita reducir las brechas sociales presentes en la población.

4.2 Generar estrategias y programas específicos, que permitan fortalecer los procesos involucrados para la atención de la salud, en todas las etapas de la vida, que promuevan las capacidades y potencialidades de las comunidades, permitiendo avanzar hacia la mejora de la calidad de vida de los habitantes del municipio.

4.3 Promover estilos de vida saludable en la población, que permitan la reducción de riesgos de morbilidad, mortalidad y discapacidad, que pueden ser evitables, así como promover la incorporación de los mosquerunos al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, para una atención y goce efectivo del derecho a la salud.



## 5. RETOS Y OBJETIVOS SANITARIOS POR DIMENSIONES Y COMPONENTES.

### 5.1 Dimensión Salud Ambiental

Conjunto de políticas, planificado y desarrollado de manera transectorial, con la participación de los diferentes actores sociales, que busca favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población, de las presentes y futuras generaciones, y materializar el derecho a un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales.

**Objetivo:** Promover la salud y el desarrollo sostenible, mejorando las condiciones de vida de la población en relación con su entorno y los animales.

### 5.2 Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles.

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial.

**Objetivo:** Promover el desarrollo, disminuyendo la exposición a factores de riesgo, fortalecer la vigilancia y el desarrollo de capacidades para la investigación.

### 5.3 Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos.

**Objetivo:** Generar espacios para el desarrollo de oportunidades y habilidades en la convivencia social, disminuyendo el impacto de la enfermedad mental y mejorando la capacidad de respuesta institucional y comunitaria.

#### 5.4 Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Conjunto de acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial.

**Objetivo:** Propender por la seguridad alimentaria y nutricional de la población mosqueruna.

#### 5.5 Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y el desarrollo social de los grupos y comunidades.

**Objetivo:** Promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad.

#### 5.6 Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

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.

**Objetivo:** Garantizar el derecho de estar libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas y ciclos de vida, reduciendo la exposición a factores de riesgo.

## 5.7 Dimensión Salud Pública en Emergencia y Desastres

Espacio de acción transectorial, sectorial y comunitaria que propende por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias y desastres, procurando reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo.

**Objetivo:** Promover la gestión del riesgo de desastres como una práctica sistemática para proteger las personas en emergencias y desastres aumentando la resiliencia y la recuperación de las comunidades.

## 5.8 Dimensión Salud y Ámbito Laboral

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía.

**Objetivo:** Contribuir en la promoción y difusión de la información relacionada con la afiliación a la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL), mejorando las condiciones de salud y el medio ambiente laboral de la población trabajadora.

## 5.9 Dimensión Transversal de Gestión Diferencial de poblaciones vulnerables

La Gestión diferencial de poblaciones vulnerables da cuenta de los desarrollos diferenciales en sujetos y colectivos específicos (en procesos y algunas veces en estructura y recursos), para algunas fases del ciclo de vida, género, grupos étnicos, personas con discapacidad y víctimas, bajo los principios del respeto y el reconocimiento del derecho a las diferencias poblacionales y de las mayores vulnerabilidades.

Esta dimensión consagra el reconocimiento de las diferencias sociales y, en consecuencia, la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, encaminados a lograr la equidad en salud en el marco de los derechos de sujetos y colectivos. Las acciones transversales a las poblaciones que presentan mayor



vulnerabilidad se enmarcan en los siguientes seis (6) Componentes, para los cuales se establecen objetivos sanitarios, metas y estrategias diferenciales:

- a) primera infancia, infancia y adolescencia
- b) envejecimiento y vejez
- c) salud y género
- d) salud en poblaciones étnicas
- e) discapacidad
- f) víctimas del conflicto

**Objetivo:** Atender los determinantes particulares que conllevan inequidades sociales y sanitarias persistentes en la población vulnerable.

### **5.10 Dimensión Transversal Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud**

La salud en el Plan Decenal de Salud Pública es entendida más allá de la ausencia de enfermedad y con la intervención organizada de la sociedad para promover y prolongar la vida, minimizando y, si es posible, eliminando los comportamientos dañinos e influencias perjudiciales de factores medioambientales y sociales.

**Objetivo:** Fortalecer la autoridad sanitaria para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud, disminuyendo el riesgo de la enfermedad, controlando el riesgo técnico (servicios de salud) y reduciendo la discapacidad evitable.

### **5.11 Programa Desarrollo de servicios en salud en el municipio**

**Objetivo:** Fortalecer los servicios asistenciales en salud en el Municipio.

## 6. METAS SANITARIAS DE CORTO Y MEDIANO PLAZO POR DIMENSIONES Y COMPONENTES E INDICADORES.

### 6.1 Dimensión Salud Ambiental

En la Dimensión Salud Ambiental se contemplan tres (3) Componentes:

- a) **Hábitat saludable:** Conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales e interdisciplinarias, encaminadas a mejorar la calidad de vida y salud de la población, afectando positivamente los determinantes ambientales y sanitarios de la salud, en los entornos donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.
- b) **Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales:** Acciones sectoriales e intersectoriales del orden nacional y territorial, que permitan incidir en aquellas situaciones de interés en salud pública, mediante la intervención positiva de los factores, riesgos y daños de orden social, sanitario y ambiental que permitan modificar la carga ambiental de la enfermedad.
- c) **Protección de la salud en los trabajadores:** Acciones sectoriales e intersectoriales del orden nacional y territorial, que permitan incidir positivamente en las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía.

Se presentan a continuación las Metas Sanitarias de corto y mediano plazo correspondientes a la Dimensión Salud Ambiental, clasificadas por cada uno de los Componentes definidos, junto con los indicadores para su medición y control:

#### a) **Hábitat Saludable:**

**Meta:** Realizar 240 tomas de muestra de agua para supervisar que el agua sea apta para el consumo humano.

**Indicador:** Número de tomas de agua realizadas.

**Meta:** Realizar 2.000 jornadas de fumigación para el control de vectores en áreas públicas del municipio.

**Indicador:** Número de jornadas de fumigación realizadas.

**Meta:** Capacitar a 1.000 ciudadanos en temas relacionados en saneamiento ambiental.

**Indicador:** Número de ciudadanos capacitados en temas de saneamiento ambiental.

**b) Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales:**

**Meta:** Realizar 3.000 procedimientos de esterilización de caninos y felinos.

**Indicador:** Número de esterilizaciones realizadas.

**Meta:** Aplicar 50.000 dosis de vacuna antirrábica y desparasitantes a caninos y felinos para resguardar las condiciones óptimas de salud de nuestros animales.

**Indicador:** Número de caninos y felinos vacunados y desparasitados.

**Meta:** Capacitar a 22.000 personas en tenencia responsable de mascotas, bienestar y protección animal.

**Indicador:** Número de beneficiarios en las capacitaciones de tenencia responsable de mascotas.

**Meta:** Realizar cuatro festivales en contra del maltrato animal para fomentar el cuidado de nuestros animales.

**Indicador:** Número de festivales realizados en contra del maltrato animal.

**Meta:** Realizar 9.200 visitas para prevenir las Enfermedades Transmisibles por Alimentos (ETA).

**Indicador:** Número de Visitas realizadas.

**Meta:** Adquirir una (1) unidad móvil para la promoción de la protección animal.

**Indicador:** Número de unidades móviles adquiridas

## 6.2 Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles

En la Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles se definen tres (3) Componentes:

- a) Modos, condiciones y estilos de vida saludable: Conjunto de acciones poblacionales, colectivas e individuales, incluyentes y diferenciales que se gestionan y promueven desde lo intersectorial y comunitario para propiciar entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable.

- b) **Condiciones crónicas prevalentes:** Conjunto de respuestas integrales en el sector salud y de coordinación intersectorial, orientadas a promover el acceso y abordaje efectivo de las ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, en los servicios de salud y otros servicios sociales, a través de la gestión e intervención de los determinantes sociales de la salud incluido los factores de riesgo y el daño acumulado para disminuir la carga de enfermedad evitable y discapacidad de los individuos, familias y comunidades de acuerdo a las realidades territoriales.
- c) **Protección de la salud en los trabajadores:** Acciones sectoriales e intersectoriales del orden nacional y territorial, que permitan incidir positivamente en las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía.

Se presentan a continuación las Metas Sanitarias de corto y mediano plazo correspondientes a la Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles, clasificadas por cada uno de los Componentes definidos, junto con los indicadores para su medición y control:

a) **Modos, condiciones y estilos de vida saludable**

**Meta 1:** Realizar 100 brigadas de salud.

**Indicador:** Número de brigadas realizadas.

**Meta 2:** Beneficiar a 600 adultos mayores en el Club de Salud y Vida.

**Indicador:** Número de beneficiarios del Club de Salud y Vida.

**Meta 3:** Implementar en el cuatrienio al 100% la Estrategia Escuelas y Estilos de Vida Saludables en las Instituciones Educativas Oficiales del municipio y con la comunidad en general.

**Indicador:** Porcentaje de avance en la estrategia de Escuelas y Estilos de Vida Saludables.

b) **Condiciones crónicas prevalentes**

**Meta 1:** Realizar 1.000 capacitaciones a la población educativa y comunidad en general en hábitos saludables e higiene oral.

**Indicador:** Número de capacitaciones en Salud Oral.

**Meta 2:** Entregar 20.000 kits de salud oral en apoyo a las charlas de sonrisas saludables.

**Indicador:** Número de kits entregados en el marco de las charlas sonrisas saludables.

**Meta 3:** Realizar 30.000 tamizajes odontológicos a la población estudiantil del Municipio.

**Indicador:** Número de beneficiarios de los tamizajes odontológicos.

**Meta 4:** Promover al 100% los factores protectores y promoción de hábitos saludables, especiales y adecuados de higiene bucal.

**Indicador:** Porcentaje de avance en las actividades de promoción.

### 6.3 Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

En la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental se consideran dos (2) Componentes:

- a) Promoción de la salud mental y la convivencia: conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales orientadas a proveer oportunidades que permitan el despliegue óptimo de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana, establecer relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos; para el logro del bien común, el desarrollo humano y social.
- b) Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia: En este componente se contemplan las estrategias dirigidas a la prevención y atención integral de aquellos estados temporales o permanentes identificables por el individuo y/o por otras personas en los que las emociones, pensamientos, percepciones o comportamientos afectan o ponen en riesgo el estado de bienestar o la relación consigo mismo, con la comunidad y el entorno y alteran las habilidades de las personas para identificar sus propias capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a su comunidad; igualmente incluye la prevención de las violencias en entornos familiares, escolares, comunitarios y laborales y la atención del impacto de las diferentes formas de la violencia sobre la salud mental.

Se presentan a continuación las Metas Sanitarias de corto y mediano plazo correspondientes a la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental clasificadas por cada uno de los Componentes definidos, junto con los indicadores para su medición y control:

- a) **Promoción de la salud mental y la convivencia:**

**Meta:** Reducir los casos por violencias en un 25% en el cuatrienio.

**Indicador:** Porcentaje de reducción de los casos por violencias

**Meta:** Realizar cuatro (4) conmemoraciones en el cuatrienio en el marco de la Semana del Buen Trato.

**Indicador:** Número de conmemoraciones realizadas en el marco de la Semana del Buen Trato.

**Meta:** Reducir los casos presentados por conductas suicidas en un 25% en el cuatrienio

**Indicador:** Porcentaje de reducción de las Conductas Suicidas

**Meta:** Reducir en un 25% los casos de consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) en el cuatrienio

**Indicador:** Porcentaje de reducción de los casos de consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) en el cuatrienio

**Meta:** Capacitar a 6.000 a padres de familia sobre prevención de violencia y campañas de buen trato

**Indicador:** Número de padres de familia capacitados en prevención de violencia y buen trato

**Meta:** Capacitar a 2.400 personas mayores en prevención y seguimiento de conductas suicidas en el cuatrienio

**Indicador:** Número de personas mayores capacitadas en prevención y seguimiento de conductas suicidas.

**Meta:** Realizar 20 capacitaciones dirigidas a la población adolescente de las instituciones educativas sobre la prevención de consumo de sustancias psicoactivas (SPA)

**Indicador:** Número de capacitaciones en prevención de consumo de sustancias psicoactivas realizadas

**Meta:** Realizar 24 campañas de formación a los docentes de las Instituciones Educativas en temas de detección de consumidores sustancias psicoactivas y acompañamiento de los mismos (rutas de atención)

**Indicador:** Número de campañas de formación a los docentes en temas de detección de consumidores de sustancias psicoactivas realizadas

**b) Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia:**

**Meta:** Implementar al 100% una estrategia en el cuatrienio que contribuya a disminuir los riesgos asociados a la salud mental y la convivencia social.

**Indicador:** Porcentaje de implementación de la estrategia para disminuir los riesgos asociados a la salud mental.

#### **6.4 Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional**

En la Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional se consideran tres (3) Componentes:

- a) Disponibilidad y acceso a los alimentos: Acciones que contribuyen a potenciar la oferta de alimentos a nivel nacional, regional y local y el suministro suficiente de estos frente a los requerimientos de la población con el propósito de posibilitar el acceso a una alimentación adecuada y sostenible por parte de toda la población.

**Meta:** Implementar al 100% la Estrategia Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

**Indicador:** Porcentaje de Avance en la implementación de la Estrategia.

**Meta:** Implementar el programa de Nutrición para fortalecer estilos de vida y alimentación saludable

**Indicador:** Numero de programa de Nutrición para fortalecer estilos de vida y alimentación saludable

**Meta:** Disminuir a 3,98 el porcentaje de menores de 5 años con desnutrición global (anual) (retraso en peso para la edad).

**Indicador:** Porcentaje de disminución de menores de 5 años con desnutrición global.

- b) Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos: Acciones que buscan fortalecer en la población la selección adecuada de los alimentos y la práctica de hábitos alimentarios saludables que le permitan mantener un estado de salud y nutrición adecuadas. Incluye factores determinantes del medio ambiente, los entornos y estilos de vida, la situación nutricional de la población, la disponibilidad, la calidad y el acceso a los servicios de salud, agua potable y saneamiento básico.

- c) Calidad e inocuidad de los alimentos: Acciones para garantizar que los alimentos no causen daño al consumidor cuando se preparen o consuman de acuerdo con el uso al que se destinan, contribuyendo a la seguridad alimentaria de la población.

## 6.5 Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

En la Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos se consideran dos (2) Componentes:

- a) Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género: Proceso permanente y articulado de los diferentes sectores e instituciones del Estado que permite a las personas, grupos y comunidades gozar del nivel más alto de la salud sexual y reproductiva y ejercer los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos a través de la toma de decisiones autónomas, libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

**Meta:** Implementar en el cuatrienio al 100% los planes en Salud Sexual y Reproductiva dirigidos a la población en general que buscan mitigar los embarazos a temprana edad, prevenir la morbilidad materna, la incidencia de VIH y la violencia sexual.

**Indicador:** Porcentaje de avance en la implementación de los planes en Salud Sexual y Reproductiva

**Meta:** Reducir el número de mujeres en estado de embarazo al 50% en adolescentes (12 a 17 años)

**Indicador:** Número de mujeres adolescentes en estado de embarazo

- b) Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR) desde un enfoque de derechos: Acciones coordinadas intersectoriales para garantizar el nivel más alto de la salud sexual y reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde los enfoques de derechos, género y diferencial.

**Meta:** Realizar 17.200 atenciones a beneficiarios en el programa C.L.A.S.E.

**Indicador:** Número de atenciones realizadas.

**Meta:** Mantener en cero casos la mortalidad materna gracias a la atención de las gestantes durante su gestación, parto y puerperio.

**Indicador:** Número de casos de mortalidad materna reportados

## 6.6 Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles

En la Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles se consideran tres (3) Componentes:

- a) **Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas:** Es el conjunto de intervenciones multisectoriales para reducir el impacto sobre la salud y el bienestar social y económico de la población colombiana de las enfermedades infecciosas consideradas emergentes, reemergentes y desatendidas.
- b) **Enfermedades inmunoprevenibles:** Es el conjunto de intervenciones transectoriales que se realizan para prevenir, controlar o minimizar los riesgos que propician la aparición de las enfermedades prevenibles por vacunas y sus consecuentes efectos negativos en la población.
- c) **Condiciones y situaciones endemo-epidémicas:** Es el conjunto de intervenciones intrasectoriales y transectoriales dirigidas a afectar los determinantes sociales y prevenir, controlar o minimizar los riesgos que propician la aparición de eventos que se caracterizan por presentar epidemias focalizadas, escenarios variables de transmisión y patrones con comportamientos seculares, temporales, estacionales y cíclicos en poblaciones a riesgo.

Se presentan a continuación las Metas Sanitarias de corto y mediano plazo correspondientes a la Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles, clasificadas por cada uno de los Componentes definidos, junto con los indicadores para su medición y control:

### a) **Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas**

**Meta:** Implementar al 100% una estrategia para garantizar la detección oportuna y la atención integral de las personas que tienen tuberculosis o lepra.

**Indicador:** Porcentaje de avance en la implementación de la estrategia de detección.

### b) **Enfermedades inmunoprevenibles**

**Meta:** Vacunar 4.480 niños menores de 1 año (teniendo como trazador 3 dosis de pentavalente).

**Indicador:** Número de menores de 1 año con la vacuna de la 3 dosis de pentavalente.

**Meta:** Vacunar 4.740 niños menores de 1 año (teniendo como trazador tripleviral).

**Indicador:** Número de menores de 1 año con la vacuna de la 3a dosis de pentavalente.



**Meta:** Vacunar 4.860 niños menores de 5 años (teniendo como trazador 1er refuerzo de tripleviral).

**Indicador:** Número de menores de 1 año con la vacuna de la 3a dosis de pentavalente.

**Meta:** Mantener la cobertura de vacunación en 95% en niños menores de 1 año (teniendo como trazador 3 dosis de pentavalente)

**Indicador:** Porcentaje en la cobertura en vacunación

**Meta:** Mantener la cobertura de vacunación en 95% en niños menores de 1 año (teniendo como trazador triple viral)

**Indicador:** Porcentaje en la cobertura en vacunación

**Meta:** Mantener la cobertura de vacunación en 95% en niños menores de 5 años (teniendo como trazador 1er refuerzo de triple viral)

**Indicador:** Porcentaje en la cobertura en vacunación

## 6.7 Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres

En la Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres se consideran dos (2) Componentes:

- a) **Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres:** conjunto de acciones e intervenciones tendientes a la identificación, prevención y mitigación de los riesgos y las vulnerabilidades en los territorios y que buscan anticiparse a la configuración del riesgo futuro de emergencias o desastres, mediante la integración de los procesos de desarrollo y planificación territorial, institucional y comunitaria, lo que permite fortalecer la capacidad del país frente a los desastres y reducir el impacto negativo de éstos en la salud de la población.

**Meta:** Realizar el 100% de seguimiento a la estrategia de atención y prevención de desastres.

**Indicador:** Porcentaje de seguimiento a la estrategia.

- b) **Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres:** Son las estrategias de respuesta en salud ante situaciones de emergencias o desastres que hacen parte de los Planes para la Gestión de Riesgo de Desastres, las cuales permiten a las instituciones públicas, privadas y a la comunidad responder de manera eficiente y oportuna a las contingencias que puedan afectar la salud de la población.

**Meta:** Desarrollar 16 Jornadas de donación de sangre en el cuatrienio.



**Indicador:** Número de Jornadas de donación de sangre realizadas.

## 6.8 Dimensión Salud y Ámbito Laboral

En la Dimensión Salud y Ámbito Laboral se consideran dos (2) Componentes:

- a) Componente seguridad y salud en el trabajo: Conjunto de acciones poblacionales, colectivas e individuales, incluyentes y diferenciales, que se gestionan en los ámbitos laborales (formal e informal) para propiciar entornos saludables.
- b) Componente situaciones prevalentes de origen laboral: Conjunto de acciones dirigidas a disminuir los accidentes de trabajo, evidenciar las enfermedades laborales y fortalecer el proceso de calificación de origen y pérdida de la capacidad laboral en las diferentes instancias.

Se presentan a continuación las Metas Sanitarias de corto y mediano plazo correspondientes a la Dimensión Salud y Ámbito Laboral, clasificadas por cada uno de los Componentes definidos, junto con los indicadores para su medición y control:

### a) Componente seguridad y salud en el trabajo

**Meta:** Implementar al 100% la Política Municipal de Salud Laboral.

**Indicador:** Porcentaje de avance en la implementación de la Política Pública.

**Meta:** Reducir al 25% el número de menores canalizados y caracterizados como trabajadores.

**Indicador:** Porcentaje de reducción en los casos de menores canalizados y caracterizados.

### b) Componente situaciones prevalentes de origen laboral

**Meta:** Implementar al 100% el programa para disminuir la carga de la enfermedad de origen laboral, la prevención de los riesgos laborales y ocupacionales.

**Indicador:** Implementar al 100% el programa para disminuir la carga de la enfermedad de origen laboral.

## 6.9 Dimensión Transversal Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables

En esta Dimensión se consideran seis (6) Componentes:

- a) Componente Desarrollo Integral de niñas, niños y adolescentes: lograr que las políticas públicas intersectoriales y sectoriales orientadas a alcanzar el desarrollo

integral de las niñas, niños y adolescentes se implementen en los territorios en coordinación y alineación con el sector privado, la cooperación y la comunidad; y garantizar que el sector salud provea una atención humanizada, de acuerdo con las particularidades poblacionales y territoriales, y que propenda por la disminución de brechas de inequidad en el país.

- b) **Componente envejecimiento y vejez:** reconocer el impacto del envejecimiento poblacional como fenómeno irreversible que debe ser abordado con efectividad, promoviendo la participación integral de la población mayor, su atención integral y las políticas públicas en su beneficio, que incluyan garantías de promoción y protección social.
- c) **Componente salud y género:** promover condiciones que favorezcan el acceso a la atención efectiva en salud de los hombres y mujeres, ajustado al contexto familiar, social, económico y político, desde la perspectiva de género y equidad; y garantizar la adecuación de los servicios de salud con perspectiva de género, según edad, pertenencia étnica, discapacidad, orientación sexual e identidad de género.
- d) **Componente salud en poblaciones étnicas:** asegurar las acciones diferenciales en salud pública para los grupos étnicos, tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.
- e) **Componente discapacidad:** prevenir la discapacidad en la población general del municipio; generar acuerdos intersectoriales para su atención; promover el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derecho, promover estrategias de información, educación y comunicación accesibles a personas con discapacidad y cualificar a las personas que trabajen en el sector salud acerca de las necesidades diferenciales de atención de esta población.
- f) **Componente víctimas del conflicto:** asegurar las acciones diferenciales en salud pública entre la población víctima del conflicto armado tendiente a garantizar el acceso, a mejorar las condiciones de vida y salud y a lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

Se presentan a continuación las Metas Sanitarias de corto y mediano plazo correspondientes a la Dimensión Transversal Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables, clasificadas por cada uno de los Componentes definidos, junto con los indicadores para su medición y control:

#### **a) Componente Desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes**

**Meta:** Desarrollar al 100% la estrategia para la Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia para disminuir la incidencia de las enfermedades prevalentes en los menores de 5 años

**Indicador:** Porcentaje de avance en el desarrollo de la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia.

#### **b) Componente víctimas del conflicto armado interno**

**Meta:** Lograr la participación de la población víctima del conflicto armado en 16 actividades en el cuatrienio.

**Indicador:** Número de actividades realizadas.

**Meta:** Garantizar la prestación del servicio de salud al 100% de la población Víctima del Conflicto Armado que así lo requiera.

**Indicador:** Porcentaje de Población Víctima del Conflicto Armado que se le garantizo el servicio de salud.

**Meta:** Realizar en el cuatrienio 3.000 atenciones a población beneficiaria con actividades no contempladas en el plan obligatorio de salud

**Indicador:** Número de beneficiarios de atenciones con actividades no contempladas en el plan obligatorio de salud

### **6.10 Dimensión Transversal Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de salud.**

En esta Dimensión se establece sólo un Componente:

Componente Fortalecimiento de la autoridad sanitaria: Busca que la entidad territorial mejore su función como autoridad sanitaria, mediante el ejercicio de planificación e integración de las acciones relacionadas con la producción social de la salud, dentro y fuera del sector salud, y con la respuesta del sector, por medio del fortalecimiento de las funciones de regulación, conducción, gestión financiera, fiscalización, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas y garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud.

**Meta:** Atender al 100% de los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud en las EPS-S presentes en el municipio y que requieran el servicio.

**Indicador:** Porcentaje de atención de los afiliados al Régimen Subsidiado.

**Meta:** Aumentar a 3.640 nuevos afiliados al régimen subsidiado.

**Indicador:** Número de afiliados.

**Meta:** Realizar seguimiento a la ejecución del 100% de las actividades programadas en las dimensiones en Salud Pública.

**Indicador:** Porcentaje de avance en las actividades programadas de Salud Pública.

**Meta:** Reducir a 75 las visitas de Investigación Epidemiológica de Campo.

**Indicador:** Número de visitas.

**Meta:** Mantener en funcionamiento 3 espacios de información, participación y control ciudadano.

**Indicador:** Número de espacios de participación.

**Meta:** Aumentar al 95% el índice de satisfacción en la prestación de servicios de salud en el Municipio de Mosquera a través de estrategias de comunicación y capacitación.

**Indicador:** Porcentaje de satisfacción de los usuarios.

**Meta:** Realizar 100 visitas de Inspección, Vigilancia y Control a Veterinarias.

**Indicador:** Número de visitas realizadas a las veterinarias.

**Meta:** Aplicar 8.000 fichas familiares con el fin de realizar detección del riesgo y promoción de la salud.

**Indicador:** Número de fichas aplicadas.

**Meta:** Realizar 10,000 visitas de Inspección, Vigilancia y Control a Industria y Comercio.

**Indicador:** Número de visitas realizadas a la industria y al comercio.

### **6.11 Programa desarrollo de servicios de salud en el municipio.**

**Meta:** Implementar en un 100% la estrategia de fortalecimiento de la planta tecnológica y/o adquisición de equipos biomédicos en el Hospital.

**Indicador:** Porcentaje de avance en la estrategia de fortalecimiento en el Hospital.

**Meta:** Adquirir una (1) Ambulancia para el fortalecimiento en la prestación del servicio de salud en el municipio.

**Indicador:** Número de ambulancias adquiridas.

**Meta:** Implementar al 100% la estrategia de fortalecimiento y descentralización de la prestación de servicios de salud en el Municipio de Mosquera.



**Indicador:** Porcentaje de avance en la estrategia de fortalecimiento y descentralización.

**Meta:** Atender al 100% de los vinculados con puntaje inferior a 51,57 según Sisben III que requieran el servicio.

**Indicador:** Porcentaje de vinculados que han requerido el servicio.



**COMPONENTE OPERATIVO Y DE INVERSIONES EN SALUD DEL PLAN  
TERRITORIAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA**

## Salud

PROGRAMA	RP 2016	SGP 2016	CN 2016	CD 2016	SGR 2016	Crédito 2016	Otros 2016	Total Recursos 2016
Mosquera con Salud Ambiental	\$ 282.643.589	\$ 278.705.163	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 561.348.752
Prácticas de vida saludable y condiciones no transmisibles	\$ 178.230.000	\$ 26.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 204.230.000
Buen Trato y Salud Mental	\$ 58.600.000	\$ 26.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 84.600.000
Seguridad alimentaria y nutricional para los Mosquerunos	\$ 212.527.500	\$ 20.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 232.527.500
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	\$ 185.900.000	\$ 21.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 206.900.000
Trabajando por la Vida saludable, previniendo enfermedades transmisibles	\$ 168.650.000	\$ 10.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.650.000
Salud publica en emergencias y desastres	\$ 5.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 5.000.000
Marcando la diferencia con salud en el ámbito laboral	\$ 102.650.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 102.650.000
Desarrollo de Servicios de Salud en el Municipio	\$ 2.319.100.000	\$ 133.821.610	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 995.938.703	\$ 3.448.860.313
Nuestro Compromiso con la población vulnerable	\$ 104.100.000	\$ 8.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 112.100.000
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud	\$ 414.050.000	\$ 5.580.089.817	\$ 9.026.998.994	\$ 1.128.275.907	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 16.149.414.718

PROGRAMA	RP 2017	SGP 2017	CN 2017	CD 2017	SGR 2017	Crédito 2017	Otros 2017	Total Recursos 2017
Mosquera con Salud Ambiental	\$ 107.775.768	\$ 287.066.318	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 394.842.086
Prácticas de vida saludable y condiciones no transmisibles	\$ 187.141.500	\$ 26.780.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 213.921.500
Buen Trato y Salud Mental	\$ 61.530.000	\$ 26.780.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 88.310.000
Seguridad alimentaria y nutricional para los Mosquerunos	\$ 223.153.875	\$ 20.600.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 243.753.875
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	\$ 195.195.000	\$ 21.630.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 216.825.000
Trabajando por la Vida saludable, previniendo enfermedades transmisibles	\$ 177.082.500	\$ 10.300.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 187.382.500
Salud pública en emergencias y desastres	\$ 5.250.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 5.250.000
Marcando la diferencia con salud en el ámbito laboral	\$ 107.782.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 107.782.500
Desarrollo de Servicios de Salud en el Municipio	\$ 2.555.055.000	\$ 137.836.258	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 995.938.703	\$ 3.688.829.961
Nuestro Compromiso con la población vulnerable	\$ 109.305.000	\$ 8.240.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 117.545.000
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud	\$ 434.752.500	\$ 5.747.492.512	\$ 9.026.998.994	\$ 1.150.949.912	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 16.360.193.918



PROGRAMA	RP 2018	SGP 2018	CN 2018	CD 2018	SGR 2018	Crédito 2018	Otros 2018	Total Recursos 2018
Mosquera con Salud Ambiental	\$ 113.164.557	\$ 295.678.307	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 408.842.864
Prácticas de vida saludable y condiciones no transmisibles	\$ 196.498.575	\$ 27.583.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 224.081.975
Buen Trato y Salud Mental	\$ 64.606.500	\$ 27.583.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 92.189.900
Seguridad alimentaria y nutricional para los Mosquerunos	\$ 234.311.569	\$ 21.218.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 255.529.569
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	\$ 204.954.750	\$ 22.278.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.233.650
Trabajando por la Vida saludable, previniendo enfermedades transmisibles	\$ 185.936.625	\$ 10.609.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 196.545.625
Salud publica en emergencias y desastres	\$ 5.512.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 5.512.500
Marcando la diferencia con salud en el ámbito laboral	\$ 113.171.625	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.171.625
Desarrollo de Servicios de Salud en el Municipio	\$ 2.346.807.750	\$ 141.971.346	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 995.938.703	\$ 3.484.717.799
Nuestro Compromiso con la población vulnerable	\$ 114.770.250	\$ 8.487.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 123.257.450
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud	\$ 456.490.125	\$ 5.919.917.287	\$ 9.026.998.994	\$ 1.185.478.410	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 16.588.884.816



PROGRAMA	RP 2019	SGP 2019	CN 2019	CD 2019	SGR 2019	Crédito 2019	Otros 2019	Total Recursos 2019
Mosquera con Salud Ambiental	\$ 118.822.785	\$ 304.548.657	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 423.371.442
Prácticas de vida saludable y condiciones no transmisibles	\$ 206.323.504	\$ 28.410.902	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 234.734.406
Buen Trato y Salud Mental	\$ 67.836.825	\$ 28.410.902	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 96.247.727
Seguridad alimentaria y nutricional para los Mosquerunos	\$ 246.027.147	\$ 21.854.540	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 267.881.687
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	\$ 215.202.488	\$ 22.947.267	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.149.755
Trabajando por la Vida saludable, previniendo enfermedades transmisibles	\$ 195.233.456	\$ 10.927.270	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 206.160.726
Salud publica en emergencias y desastres	\$ 5.788.125	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 5.788.125
Marcando la diferencia con salud en el ámbito laboral	\$ 118.830.206	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 118.830.206
Desarrollo de Servicios de Salud en el Municipio	\$ 3.714.148.138	\$ 146.230.486	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 995.938.703	\$ 4.856.317.327
Nuestro Compromiso con la población vulnerable	\$ 120.508.763	\$ 8.741.816	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 129.250.579
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud	\$ 479.314.631	\$ 6.097.514.805	\$ 9.026.998.994	\$ 1.221.042.762	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 16.824.871.192