



Diagnóstico

Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad – 2024

10 Localidad Engativá



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.



SECRETARÍA DE
SALUD



Alcalde Mayor de Bogotá

Carlos Fernando Galán Pachón

Secretario Distrital de Salud

Gerson Orlando Bermont Galavis

Subsecretario de Salud Pública

Julián Alfredo Fernández Niño

Coordinación general del documento**Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva**

María Belén Jaimes Sanabria

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública

Diana Marcela Walteros Acero

Autores

Angelica Viracachá

Jennifer Andrea Rosas

Camilo Acosta

Paola Rojas

Cristhian Balanta

Líder

Epidemióloga

Antropólogo

Socióloga

Geógrafo

Coordinación Editorial**Oficina Asesora de Comunicaciones****Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones**

Estefanía Fajardo De la Espriella

Fotografía portada

Subredes – Secretaría Distrital de Salud

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 # 12-81

Conmutador: 364 9090

Bogotá, D. C. - 2025

LISTA DE ABREVIATURAS

ACCVSyE	Análisis de condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad
ASIS	Análisis de Situación de Salud
ASP	Actividades Sexuales Pagadas
BPN	Bajo Peso al Nacer
CAIDS	Centro de Atención Integral a la Diversidad Sexual y de Géneros
CDSS	Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EBE-H	Equipos Básicos Extramurales
EEP	Estructura Ecológica Principal
EM	Encuesta Multipropósito
ENOS	Eventos de Notificación Obligatoria
EEP	Estructura Ecológica Principal
IEC	Investigación Epidemiológica de Campo
IGED	Indicadores de Goce Efectivo de Derechos
INMLyCF	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
INS	Instituto Nacional de Salud
IPC	Ingreso Per Cápita
IPM	Índice de Pobreza multidimensional
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
LGBTIQ+	Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Transexual, Travesti, Intersexual y Queer, el símbolo + incluye todos los colectivos que no están representados en la sigla anterior.
MCV	Momento de Curso de Vida
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NARP	Negro, Afrocolombiano, Raizal o Palenquero
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMEG	Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDD	Plan de Desarrollo Distrital
PEA	Población Económicamente Activa
PEE	Población en Edad Escolar
PET	Población en Edad de Trabajar
PIB	Producto Interno Bruto
POT	Plan de Ordenamiento Territorial
PSHC	Personas en Situación de Habitancia en Calle
PTS	Plan Territorial de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RUV	Registro Único de Víctimas

SDIS	Secretaría Distrital de Integración Social
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SED	Secretaría de Educación del Distrito
SDIS	Secretaría Distrital de Integración Social
SDP	Secretaría Distrital de Planeación
SISPI	Sistema de Salud Indígena Propio e Intercultural
SITP	Sistema Integrado de Transporte Público
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SIVIM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual
SPA	Sustancias Psicoactivas
SSV	Superación de Situación de Vulnerabilidad
TGP	Tasa Global de Participación
UARIV	Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas
UPL	Unidades de Planeamiento Local
UPR	Unidad de Planeamiento Rural
UPZ	Unidades de Planeamiento Local
UTI	Unidad de Trabajo Informal
VCA	Víctimas del Conflicto Armado
VEBC	Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad
VESPA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas
VBG	Violencias Basadas en Género
VSP	Vigilancia en Salud Pública
WQI	Water Quality Index

TABLA DE CONTENIDO

1. CAPÍTULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	17
1.1 Contexto político administrativo	17
1.2 Condiciones ecológico – ambientales.....	19
1.3 Condiciones socio económicas	20
1.3.1 Estrato socioeconómico.....	21
1.3.2 Indicadores socioeconómicos.....	22
1.4 Estructuración poblacional y demográfica	22
1.4.1 Población y estructura demográfica	22
1.4.2 Indicadores de dinámica demográfica.....	24
1.4.3 Hogares y viviendas	25
1.5 Poblaciones diferenciales	25
1.6 Acceso a servicios y bienes	30
1.7 Reflexiones finales	31
2. CAPÍTULO II: CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES.....	32
2.1 Eje socio económico	33
2.2 Eje de género	39
2.3 Eje territorial	43
2.4 Eje poblacional	46
2.5 Reflexiones Finales	48
3. CAPÍTULO III: SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO	48
3.1 Morbilidad.....	48
3.2 Mortalidad	57
3.3 Eventos trazadores en salud pública.....	67
3.4 Problemáticas y necesidades sociales y ambientales	69
3.5 Núcleos de inequidad socio sanitaria a nivel local.....	71
3.5.1 Núcleo Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud	71
3.5.2 Núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en la localidad que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población	71
3.5.3 Núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud	72
3.6 Reflexiones Finales	73

4. CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.	73
4.1 Análisis de la respuesta sectorial, intersectorial y social	73
4.2 Reflexiones finales	89
5. CAPÍTULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	90
5.1 Priorización de problemas y necesidades sociales de salud en la localidad	90
5.2 Reflexiones finales	93
6. CAPÍTULO VI: PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022 — 2031, PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL, PLAN TERRITORIAL DE SALUD Y MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MAS BIENESTAR.....	94
6.1 Propuesta de recomendaciones para la localidad	94

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por sexo y momento de curso de vida, localidad de Engativá, 2024.....	24
Tabla 2. Indicadores demográficos, localidad Engativá años 2012, 2017, 2022, 2023	24
Tabla 3. Tasa de cobertura bruta por nivel educativo, localidad Engativá y Bogotá, 2018-2022	36
Tabla 4. Número de atenciones prestadas según tipo de servicio y edad por quinquenios, localidad Engativá, 2019 -2023 y I semestre de 2024*.....	51
Tabla 5. Principales causas de atención según sexo atendido, localidad Engativá, I semestre de 2024*	52
Tabla 6. Principales causas de atención en el servicio de urgencias con observación, según sexo atendido, localidad Engativá, I semestre de 2024*.....	53
Tabla 7. Principales causas de atención en el servicio hospitalización según sexo atendido, localidad Engativá I semestre de 2024*	54
Tabla 8. Semaforización de los Eventos de Notificación Obligatoria, Bogotá y Engativá, 2019 a 2024 (I semestre).....	55
Tabla 9. Defunciones según sexo y momento de curso de vida, localidad Engativá, 2019 – 2023	57
Tabla 10. Tasas crudas de mortalidad, por enfermedades transmisibles, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023	61
Tabla 11. Tasas crudas de mortalidad, por neoplasias, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023	61
Tabla 12. Tasas crudas de mortalidad, por enfermedades del sistema circulatorio, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023	62
Tabla 13. Tasas crudas de mortalidad, por afecciones del periodo perinatal, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023	63
Tabla 14. Tasas crudas de mortalidad, por causas externas, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023	63

Tabla 15. Tasas crudas de mortalidad, por las demás enfermedades, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023	64
Tabla 16. Tasas crudas de mortalidad, por síntomas, signos y afecciones mal definidas, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023	65
Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad, en menor de 1 año, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023	65
Tabla 18. Tasas específicas de mortalidad, en menor de 1 a 4 años, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023	66
Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad, en menores de 5 años, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023	66
Tabla 20. SemafORIZACIÓN indicadores trazadores asociados a metas del actual PDD y PTS, localidad Engativá Vs. Bogotá, 2019 – 2024	67
Tabla 21. Reporte de situaciones problemáticas por ejes en la localidad de Engativá, enero a octubre, 2024.....	70
Tabla 22. Matriz de priorización de problemáticas ponderadas según valoración	91

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Pirámide poblacional e índices de estructura demográfica, localidad Engativá, años 2019-2024-2030	23
Gráfica 2. Número de atenciones por servicio, localidad Engativá, 2019 -2023 y I semestre de 2024*	49
Gráfica 3. Número de atenciones prestadas según sexo, localidad Engativá, 2019 -2023 y I semestre de 2024*	50
Gráfica 4. Tasas crudas de mortalidad por grandes causas, localidad Engativá, 2019 – 202358	
Gráfica 5. Tasas crudas de mortalidad en hombres, según grandes causas, localidad Engativá, 2019 – 2023	59
Gráfica 6. Tasas crudas de mortalidad en mujeres, según grandes causas, localidad Engativá, 2019 – 2023	60

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. División político-administrativa UPZ, UPL y Sectores Catastrales localidad de Engativá, 2024.....	18
Mapa 2. Características ambientales y riesgos identificados en la localidad de Engativá, 2024	20
Mapa 3. Estratificación socioeconómica por manzana catastral, localidad de Engativá, 2024	21
Mapa 4. Análisis ratio comparativo proporción de servicios de salud, recreación y oferta de transporte con respecto a la densidad poblacional Localidad de Engativá 2024	31
Mapa 5. Distribución espacial de UTI de alto, mediano y bajo impacto respecto al estrato socioeconómico en la localidad de Engativá 2024.....	35
Mapa 6. Ocurrencia de casos de violencia intrafamiliar, de género y oferta de entidades de respuesta por UPZ localidad de Engativá 2023	42
Mapa 7. Casos eventos de salud materno infantil localidad de Engativá, Subred Norte, 2024	69

Mapa 8. Análisis ratio de la respuesta institucional respecto a la problemática embarazo en adolescentes Engativá 2024	75
Mapa 9. Análisis ratio de la respuesta institucional respecto a las problemáticas en salud materno infantil y nutricional Engativá 2024	80
Mapa 10. Análisis ratio de la respuesta institucional respecto a la problemática en conducta suicida (intento) Engativá 2024	82

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Relación espacial entre problemáticas, respuesta institucional y población, localidad Engativá.	106
Anexo 2. Distribución de la población, densidad poblacional, hogares y viviendas por UPZ, localidad de Engativá, 2024	106
Anexo 3. Equipamientos de salud, de recreación y deporte, según UPZ, localidad de Engativá, 2024	107
Anexo 4. Oferta de servicios de transporte: rutas, paraderos del SITP y estaciones de Transmilenio por UPZ, localidad de Engativá, 2024.....	107
Anexo 5. Indicadores para los Determinantes Sociales en Salud, localidad de Engativá 2021, 2022, 2023 y 2024.....	108
Anexo 6. Matriz de análisis de la respuesta para la localidad de Engativá 2025.....	110

INTRODUCCIÓN

Los documentos de Análisis de Situación en Salud -ASIS- tienen como finalidad analizar y comprender la realidad territorial, lo que implica una exploración colectiva de las dinámicas de producción y reproducción de los Determinantes Sociales de la Salud-DSS-. Este análisis se enfoca en identificar las problemáticas y necesidades sociales vinculadas a la salud, así como en inequidades presentes en dicho contexto. A partir de esta comprensión integral y participativa, se aspira a establecer un consenso sobre las prioridades en salud y a configurar una agenda social compartida que oriente de manera efectiva la respuesta territorial en este ámbito (1).

Es así como el ASIS de la localidad de Engativá tiene un papel importante al proporcionar una comprensión integral de la realidad territorial, que permite identificar las problemáticas y necesidades sociales relacionadas con la salud. Esta labor analítica se alinea con los objetivos del Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá camina segura” 2024-2027, cuyo propósito es “mejorar la calidad de vida de las personas garantizándoles una mayor seguridad, inclusión, libertad, igualdad de oportunidades y un acceso más justo a bienes y servicios públicos, fortaleciendo el tejido social en un marco de construcción de confianza y aprovechando el potencial de la sociedad y su territorio a partir de un modelo de desarrollo comprometido con la acción climática y la integración regional” (2).

De igual forma, el ASIS se alinea con los objetivos del Modelo de salud actual del Distrito Capital “MAS Bienestar” basado en la Atención Primaria Social. Este modelo tiene como objetivo “mejorar el bienestar, la calidad de vida y la salud de la ciudadanía de Bogotá y fortalecer la gobernabilidad y gobernanza territorial por medio de una acción sectorial e intersectorial efectiva, que incida positivamente en los determinantes sociales de la salud y mejore las condiciones de vida y salud de personas, familias y comunidades” (3). Además, este modelo incorpora un enfoque territorial que reconoce que la vida de las personas y colectivos se desenvuelve en un contexto específico. Para abordar y superar las dinámicas de vulneración social y ambiental, es esencial comprender los contextos históricos, políticos, económicos, ambientales, sociales y culturales de cada territorio, lo que se convierte en la base para fomentar formas de agencia territorial que impulsen la coproducción de la vida (3).

Al conectar las prioridades en salud establecidas por el ASIS con el enfoque integral del Plan Distrital de Desarrollo y el Modelo de Salud de Bogotá, se busca fortalecer el tejido social y fomentar una ciudad más inclusiva y sostenible, en donde cada persona pueda acceder a sus derechos fundamentales, impulsando así el desarrollo social y comunitario en el Distrito Capital.

Una de las principales innovaciones de este ASIS es la incorporación de un componente participativo que involucra activamente a diversos actores del territorio en el proceso de análisis y priorización de problemáticas y necesidades en salud. A diferencia de versiones anteriores, donde el diagnóstico se basaba principalmente en fuentes secundarias y análisis técnicos, esta edición ha promovido espacios de diálogo con la comunidad, el sector salud, organizaciones sociales y otros actores clave. Esta perspectiva permite no solo una comprensión más integral de los determinantes sociales de la salud, sino también la construcción de consensos que fortalecen la toma de decisiones y la implementación de estrategias más ajustadas a las realidades locales.

El ASIS de la localidad de Engativá se estructura en seis capítulos:

- Capítulo I: Describe el contexto político-administrativo, ecológico, socioeconómico y el acceso a servicios.
- Capítulo II: Profundiza en los determinantes de la salud y su influencia en la calidad de vida de los residentes de la localidad por medio de cuatro ejes: el socioeconómico, el de género, el territorial y el de poblaciones diferenciales.
- Capítulo III: Se divide en dos apartados. El primero de ellos, presenta un análisis epidemiológico de las principales causas de morbilidad, mortalidad y eventos trazadores de salud pública. El segundo apartado, por su parte, describe y, presenta a modo de problemáticas en salud, la manifestación de los núcleos de inequidad sociosanitaria.
- Capítulo IV: Ofrece una descripción de las respuestas sectoriales e intersectoriales frente a las problemáticas identificadas. Asimismo, se realiza un análisis de los alcances y limitaciones de dichas respuestas, proporcionando un contexto que permite reflexionar sobre las acciones implementadas.
- Capítulo V: Prioriza las problemáticas y necesidades.
- Capítulo VI: Brinda una serie de recomendaciones que permitan orientar la planeación y toma de decisiones en salud pública, en favor de mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población de localidad, alineándose con el enfoque territorial y la respuesta local. Para que el ASIS genere acciones concretas, es clave establecer mecanismos que traduzcan sus hallazgos en decisiones estratégicas y operativas. Esto requiere priorizar problemáticas, definir actores responsables y asignar recursos, además de articularlo con planes de intervención, presupuestos participativos y estrategias de vigilancia para garantizar respuestas efectivas y medibles.

MARCO CONCEPTUAL

El ASIS se articula con los objetivos del Modelo “MÁS Bienestar”. En este marco, se incorpora el enfoque de los determinantes sociales de la salud, el cual fundamenta y guía las directrices del Modelo de Salud. Los DSS se refieren a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y que se configuran a partir de un conjunto más amplio de fuerzas que incluyen las políticas y sistemas político-económicos, agendas de desarrollo, normas sociales, entre otras (3).

El marco de los determinantes sociales se presenta como un modelo explicativo de las inequidades sociales, permitiendo comprender las condiciones en las que se produce y reproduce la vida al identificar determinantes estructurales e intermedios responsables de estas desigualdades. En este contexto, los documentos de ASIS conceptualizan las inequidades en salud como desigualdades evitables, inaceptables e injustas.

Las inequidades en salud se manifiestan cuando ciertos grupos enfrentan barreras para acceder a servicios de atención médica de calidad, recursos sanitarios y oportunidades para llevar un estilo de vida saludable. Esta situación puede dar lugar a una distribución desigual de enfermedades, discapacidades y tasas de mortalidad entre diferentes grupos poblacionales. No solo afecta el bienestar individual, sino que también inciden en el desarrollo y la cohesión social de las comunidades (4).

En el marco del Plan Territorial de Salud -PTS- 2024-2027 (5), se han definido una serie de estrategias a las que el sector salud, en colaboración con diversos sectores de la ciudad de Bogotá, orienta sus esfuerzos para mejorar las condiciones de salud de los residentes en los diferentes territorios. Cada localidad presenta particularidades en los comportamientos en salud, influenciadas por determinantes sociales de la salud, que se abordaron en el capítulo II. Además, la gobernanza y gobernabilidad, aunque opera de manera general en todas las localidades, puede mostrar desarrollos diferenciados según el territorio.

Para comprender los procesos de salud y enfermedad en los territorios, es fundamental partir de una perspectiva local y categorizar las necesidades y problemáticas que afectan a las poblaciones. En este sentido, el PTS 2024-2027 proporciona las problemáticas de ciudad partir de las cuales en el ASIS se construyen los núcleos de inequidad en salud como una herramienta clave para analizar y priorizar dichas necesidades.

Los núcleos de inequidad son categorías analíticas que permiten identificar y priorizar los factores estructurales e intermedios que generan desigualdades en salud. Reflejan cómo las condiciones sociales, económicas, ambientales y del sistema de salud impactan el acceso a servicios, la calidad de la atención y los resultados en salud de la población. Su análisis facilita la formulación de estrategias para reducir brechas de inequidad y mejorar el bienestar de los diferentes grupos poblacionales. En este contexto, los núcleos de inequidad socio-sanitaria emergen como una herramienta clave para sintetizar y priorizar los determinantes sociales que generan resultados negativos en la salud de diversas poblaciones o comunidades. Estos núcleos incluyen elementos como el determinante social de la salud con sus características específicas en un territorio, así como las relaciones entre este determinante y los procesos de salud-enfermedad-atención, respecto a eventos o conjuntos de eventos en salud pública, que a su vez impactan la vida de personas, familias y comunidades. A continuación, se presentan los principales núcleos de inequidad identificados en el contexto del Distrito Capital:

El Núcleo de Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud se relaciona con la atención en salud que enfrenta la población residente del Distrito Capital. Estas inequidades que, son injustas y evitables, se materializan en gastos de bolsillo, suficiencia en la prestación de servicio y dificultades para navegar en el sistema de salud, (esto puede derivar en barreras para el aseguramiento). Igualmente, el núcleo emerge de una desigual distribución de la oferta de servicios aunado a dificultades en la calidad en la atención. Es decir, dificultades en la oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e infraestructura y tecnologías de diagnóstico (5).

Por su parte, el Núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en la localidad que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población, reconoce que el contexto social produce una estratificación que asigna a las personas diferentes posiciones según la clase, el género, la

raza, la etnia, la ocupación y el nivel educativo, las cuales generan, condiciones materiales y de bienestar diferenciadas y que a su vez desencadenan procesos de inequidad en salud. Teniendo en cuenta lo anterior, el núcleo contempla las siguientes categorías: 1) capacidad de ingresos, nivel educativo, empleo y condiciones de vivienda; 2) Momento de curso de vida, género y grupos poblacionales que pueden tener necesidades diferentes en razón a sus particularidades diferencias y diversidades; 3) situaciones y condiciones socio ambientales, específicamente en cuanto a la contaminación y manejo de residuos sólidos; 4) geografía teniendo en cuenta la apropiación del espacio público y el uso del suelo; 5) socio-culturales donde se relacionan aspectos del autocuidado, redes de apoyo o reproducción de mecanismos, hábitos y rasgos culturales; 6) oferta de servicios sociales donde se complementa la oferta intersectorial o la carencia de la misma para atender a los diferentes grupos poblacionales (5).

Seguidamente, el Núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud, aborda temas relacionados a la capacidad de gestión, relacionamiento y acción conjunta entre las diferentes entidades a nivel sectorial, intersectorial, privado y comunitario. Por ello para una mejor comprensión del núcleo se han relacionado 3 categorías que den cuenta de la gobernanza y gobernabilidad en los distintos niveles de gestión pública: 1) Gobernabilidad en cuanto a la estructura de la autoridad sanitaria y sistemas de información; 2) gobernanza en cuanto a la confianza institucional, espacios de participación y la planeación y ejecución de programas a nivel macro, meso y micro; 3) participación ciudadana relacionada a los mecanismos de participación, liderazgo y empoderamiento comunitario (5).

El cuarto Núcleo de Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes y pandemias integra aquello que tiene que ver con lo relacionado a la prevención de emergencias y desastres específicamente en tres (3) categorías que dan cuenta de los procesos de planeación y ejecución en caso de cualquier tipo de emergencia o desastre: 1) Prevención; 2) Alerta; 3) Respuesta en cuanto a la infraestructura, preparación y coordinación entre actores (5).

En este orden de ideas, el análisis de situación de salud propende por la identificación de la manifestación de los núcleos de inequidad definidos como una herramienta de síntesis y priorización de los determinantes sociales que, están produciendo resultados negativos en la salud de los diferentes grupos poblacionales o comunidades del territorio (4). De acuerdo a lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, los núcleos de inequidad comprenden en su conjunto los siguientes elementos: el determinante social de la salud, con las características propias que este tiene en un territorio, así como las relaciones que se establecen, entre el determinante social de la salud y el proceso de salud-enfermedad-atención, respecto de un evento o conjuntos de eventos en salud pública, que, a la vez, generan impactos en la vida de las personas, las familias y las comunidades (4).

Objetivo general

Comprender las condiciones, calidad de vida y situaciones de salud y enfermedad de la localidad Engativá en el marco de los determinantes sociales de la salud de tal forma que, desde actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios, se identifiquen las expresiones en

salud de los núcleos de inequidad presente en el territorio y, conforme a ello, se oriente la toma de decisión y se fomente la participación social en salud.

Objetivos específicos

- Comprender integralmente la realidad territorial de la localidad Engativá.
- Reconocer las expresiones de los núcleos de inequidad en el marco de los determinantes sociales que influyen en los procesos de salud - enfermedad de los habitantes de la localidad.
- Identificar las problemáticas y necesidades sociales en salud de la localidad.
- Determinar las condiciones y situaciones de inequidad en la localidad.
- Identificar los actores intersectoriales y comunitarios que pueden aportar en la gestión de la respuesta a las necesidades en salud.

METODOLOGÍA

Para responder al objetivo planteado, el ASIS local empleó métodos mixtos de investigación desarrollados en tres fases: 1) alistamiento; 2) priorización de acciones; 3) formulación de recomendaciones. Cada fase se diseñó para garantizar una aproximación integral y participativa, en coherencia con los lineamientos Nacionales y Distritales establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

La *“Fase 1: Alistamiento y Desarrollo de Talleres de Participación Social”* consistió en la recopilación y análisis de fuentes primarias y secundarias de diagnóstico local y distrital que dieran cuenta de situaciones, problemáticas y/o necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio durante el 2023 y el 2024. Es decir, documentos que recogieran información de ejercicios participativos, espacios de gestión de políticas, análisis de situaciones de calidad de vida, salud y enfermedad, entre otros. Además, se realizaron talleres de Participación Social Incidente en Salud en octubre y noviembre de 2024 con líderes comunitarios, líderes de Atención Primaria Social -APS- y gestores de participación. Estos talleres facilitaron la identificación y comprensión de las problemáticas locales, documentos que fueron tenidos en cuenta en los análisis.

Toda la información señalada fue sistematizada en la “Matriz de categorización del ASIS en Bogotá” por medio de códigos y subcódigos derivados de los Núcleos de Inequidad Socio sanitaria, establecidos en el ASIS distrital de 2023 y 2024 bajo la directriz de la Guía conceptual y metodológica del MSPS y el Plan Territorial de Salud de Bogotá 2024 – 2027. Si bien la información se organiza a la luz de los Núcleos de Inequidad Sociosanitaria y se logra identificar algunos determinantes sociales de la salud, es necesario realizar ejercicios posteriores de análisis que establezcan aquellas exposiciones injustas y evitables, que puedan derivar en desenlaces en salud diferenciados en ciertas poblaciones del Distrito Capital.

En la Fase 2: *“Contexto para el Análisis de la Situación de Salud Local”* se desarrollaron los capítulos 1, 2 y 3. En el análisis de la estructura demográfica y poblacional, desarrollada en el capítulo 1, se emplearon las proyecciones del Departamento Nacional de Estadística -DANE-

basadas en el Censo de 2018. A través del cálculo de frecuencias absolutas y relativas, se identificaron los cambios en la población para los años 2019, 2024 y 2030. Estos datos fueron registrados en la herramienta de pirámide poblacional proporcionada por la Secretaría Distrital de Salud -SDS-, lo que facilitó la estimación de indicadores demográficos y su comportamiento durante el periodo de análisis. Para enriquecer la comprensión de la dinámica demográfica, se complementaron los indicadores adicionales utilizando las bases de datos del Registro Único de Afiliados -RUAF- (desde 2005 hasta 2023) disponibles en el Observatorio de Salud de Bogotá -SaluData, permitiendo un análisis comparativo entre los años 2012, 2017, 2022, 2023.

Asimismo, los mapas incluidos en este apartado fueron elaborados con información proveniente de fuentes oficiales, como Catastro Distrital a través del Mapa de Referencia del IDECA. También se utilizó la información sobre riesgos contenida en el Plan de Ordenamiento Territorial -POT- del Distrito Capital, que incluye características específicas que permiten identificar espacialmente las zonas vulnerables y su potencial impacto en áreas residenciales.

Para la construcción de los mapas se utilizaron procesos de superposición de Shapefiles haciendo uso de colores y transparencias que facilitan la visualización e interpretación de la información espacial. En los mapas coropléticos se usó el método de clasificación “Natural Break” o corte natural con cinco rangos. La cartografía de oferta de servicios se calculó mediante el ratio, con el cual se logró establecer la suficiencia de la misma con respecto a la demanda teniendo en cuenta la densidad poblacional. Las variables utilizadas para el cálculo fueron: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS-, oferta de parques e instituciones dispuestas para la recreación y el deporte, oferta de infraestructura de transporte representada en rutas y paraderos del Sistema Integrado de Transporte Público -SITP-, estaciones de Transmilenio y, por último, la densidad poblacional por cada UPZ. Para calcular la proporción de servicios por área, se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{proporción de servicios} = \frac{\text{total de servicios dispuestos por UPZ}}{\text{área en Km}^2 \text{ por UPZ}}$$

Para la densidad poblacional, se utilizó el software ArcMap, con el cual se calculó el área en Km² de cada UPZ y se tomó la población total proyectada a 2024 del DANE. La fórmula utilizada fue:

$$\text{densidad poblacional} = \frac{\text{número total de personas por UPZ}}{\text{superficie total de la UPZ en Km}^2}$$

Con estos dos resultados se calculó el ratio a través de la siguiente fórmula:

$$\text{ratio} = \frac{\text{densidad poblacional (personas/Km}^2\text{)}}{\text{proporción de servicios}}$$

Para la interpretación de los mapas, el ratio más alto representa insuficiencia de la oferta con respecto a la demanda asignándole una gama de colores rojos, mientras que el ratio más bajo representa suficiencia y fue representado con una gama de colores verdes. Para el cálculo de las clases se utilizaron cinco rangos con el método “Natural Breaks” o corte natural.

Adicionalmente, el primer capítulo se enfoca en una caracterización descriptiva de las poblaciones diferenciales, tomando de referencia diversas fuentes de información, tales como observatorios, informes y documentos previamente elaborados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. El propósito es presentar las características poblacionales de los grupos diferenciales, lo que permitirá una comprensión más profunda de sus particularidades y necesidades específicas.

Para el desarrollo del capítulo 2, se consultaron documentos previos elaborados por los equipos de análisis de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte durante el 2023 y el 2024, así como los Planes Locales de Cuidado, las Comprensiones Territoriales, entre otros. Además, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la información secundaria referente a diversas poblaciones diferenciales, incluyendo Mujeres, población LGBTIQ+, Actividades Sexuales Pagadas -ASP-, Personas en Situación de Habitabilidad en Calle -PSHC-, migrantes, Víctimas del Conflicto Armado -VCA-, poblaciones rurales, pueblos indígenas, y las comunidades Negra, Afrocolombiana, Raizal o Palenquera -NARP-, así como personas con discapacidad.

Asimismo, para el análisis de los DSS, se utilizó la herramienta proporcionada por el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS-, mediante la cual se compararon los indicadores locales con los de Bogotá en lo relativo a condiciones de vida, seguridad alimentaria, sistema sanitario, educación y factores psicosociales que afectan la calidad de vida de la población. Es importante señalar que el periodo de análisis variará según la fecha de corte de las fuentes de información, las cuales están detalladas en el anexo de la herramienta de DSS. Estos indicadores enriquecen las dimensiones socioeconómicas, de género y territorial, incorporando subdivisiones por categorías, descripciones de los determinantes intermedios de salud y, finalmente, una semaforización del cálculo de las diferencias relativas entre los indicadores.

Cabe aclarar que la información presentada en el segundo capítulo está sujeta a la disponibilidad de datos. Por ello, la información relativa a poblaciones diferenciales en relación con el comportamiento de los determinantes sociales intermedios se maneja a nivel distrital, y se efectuarán precisiones locales en la medida en que la información actualizada permita alcanzar este nivel de detalle.

En cuanto al capítulo 3, el análisis de la morbilidad se llevó a cabo utilizando las bases de datos de Registros Individuales de Prestación de Servicios -RIPS- correspondientes al periodo de 2019 al primer semestre de 2024, proporcionadas por la SDS y disponibles en el Observatorio de Salud de Bogotá -SaluData. Estas bases contienen información detallada sobre las atenciones brindadas por las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS- ubicadas en la localidad. A partir de estos datos, se realizaron análisis de frecuencias absolutas y relativas, considerando variables como sexo, edad agrupada por quinquenios y tipos de atención, centrándose en las diez principales causas de consulta. Este análisis se complementó con un estudio del comportamiento de la notificación de eventos de interés en salud pública, basado en los datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA- entre 2019 y 2024 (I semestre). Se utilizó el insumo de los Eventos de Notificación Obligatoria -ENOS- proporcionado por la SDS, lo que permitió comparar las cifras locales con las de Bogotá para el año 2024 (I semestre) y realizar una semaforización que refleja las diferencias relativas en los indicadores.

Respecto al análisis de la mortalidad, se emplearon las bases de datos del RUAF proporcionadas por la SDS para los años 2019 a 2023. La información fue organizada de acuerdo con los listados de agrupación 6/67 definidos por la Organización Panamericana de la Salud -OPS-. Utilizando las herramientas establecidas por el MSPS, se generaron gráficas que representaron las principales causas de mortalidad, así como micrográficas para los subgrupos de población. Para el análisis de infancia y niñez, se aplicó la herramienta para el cálculo de tasas específicas de mortalidad infantil del MSPS. Además, se calcularon diferencias relativas para indicadores trazadores priorizados en el PDD y el PTS. Esto permitió comparar los indicadores de la localidad con los de Bogotá con datos preliminares hasta diciembre de 2024, y semaforizar estos indicadores en función de las metas establecidas en el PDD y el PTS.

De acuerdo con lo identificado y analizado en los capítulos anteriores, se procedió a la construcción de las problemáticas y necesidades sociales y ambientales de la localidad Engativá, partiendo de la identificación de determinantes sociales de salud desde el nivel estructural e intermedio, reconociendo los diferentes desenlaces en salud de la población que habita el territorio.

Finalmente, en la Fase 3: “Análisis de la Respuesta, Priorización y Recomendaciones” se desarrollaron los capítulos 4, 5 y 6.

1. Capítulo 4: Para el desarrollo de este capítulo, se retomaron tanto fuentes secundarias como primarias para analizar la respuesta existente ante las problemáticas identificadas en los capítulos anteriores. Esto incluyó, una revisión de las acciones sectoriales e intersectoriales en salud, educación, vivienda, y otros sectores relacionados, esta información se sistematizó en la matriz adaptada de los lineamientos nacionales para este ejercicio local. Los resultados derivados del proceso de codificación en Atlas.ti también aportaron información valiosa para este análisis.

Para el análisis espacial de la respuesta se elaboraron mapas coropléticos, midiendo la suficiencia de las acciones realizadas por los Entornos Cuidadores y Procesos Transversales del PSPIC, frente a las problemáticas identificadas en la localidad, haciendo uso del cálculo del ratio. Se aclara que solo se presenta análisis espacial para el núcleo de inequidades en el acceso efectivo, ya que para los demás núcleos no se contaba con información georreferenciable que permitiera el análisis.

Para la elaboración de los mapas se tuvieron en cuenta tres variables. La primera es la problemática en salud materializada en el número de casos, en segundo lugar, la respuesta institucional dada desde los Entornos Cuidadores y Procesos Transversales y, por último, la variable poblacional (ver ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.). Luego de calcular el ratio para cada problemática, se utilizaron percentiles para establecer los rangos que definieron los colores por UPZ, donde las zonas marcadas de color amarillo presentan respuesta alta, el naranja representa respuesta media-alta, el café claro corresponde a una respuesta media-baja y el café oscuro permite identificar zonas con respuesta institucional baja.

2. Capítulo 5: Se utilizó la metodología Hanlon (6) adaptada en línea con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual contempló para la priorización los siguientes criterios:
- 1) *Magnitud*: A través de una escala de 0 a 10 (a mayor puntaje mayor magnitud) se valora que tan grandes e importantes son las consecuencias en salud del problema, expresadas principalmente en la carga de enfermedad, las preguntas orientadoras se dirigen principalmente a la comparación de indicadores locales, con el nivel de subred, distrito, tendencia histórica y metas estratégicas.
 - 2) *Gravedad*: A través de una escala de 0 a 10 (a mayor puntaje mayor gravedad) se valora que tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas, para la persona, su familia o la comunidad, las preguntas orientadoras se dirigen hacia si el problema causa o contribuye a: incapacidad temporal o permanente, muertes prematuras, años de vida perdidos, altos costos o si se presenta en poblaciones de mayor vulnerabilidad.
 - 3) *Viabilidad de la intervención*: En la valoración de este criterio se asigna 0,5 si el problema no puede ser intervenido, si se puede intervenir parcialmente se asigna el puntaje de 1 y si es viable realizar una intervención total se asigna 1,5.
 - 4) *Factibilidad de la intervención*: Finalmente se valora la factibilidad de la intervención por medio del método PEARL, en el cual se asigna un valor de 0 a 1 para cada criterio, estos son la pertinencia, la factibilidad económica, la aceptabilidad, la disponibilidad de recursos y la legalidad. Si al final alguno de los elementos presenta un valor de 0, se considera un problema de salud no factible de solucionar y por tanto se asigna 0 para este criterio.

A partir de esta metodología se planearon y desarrollaron en conjunto con los líderes de APS social sesiones de priorización con actores clave, entre los cuales se encuentran, delegados de políticas locales, referentes de entornos, coordinadores o delegados del PSPIC, gestores territoriales, líderes de APS social, entre otros. Este ejercicio permitió complementar las problemáticas formuladas a través de un espacio de discusión inicial y posteriormente realizar la valoración individual, que una vez consolidada derivó en la clasificación de las problemáticas de acuerdo con los criterios anteriormente señalados, lo que permitió la priorización de problemáticas de la localidad.

3. Capítulo 6: Finalmente, a partir del análisis realizado y la priorización de problemáticas, se elaboraron recomendaciones específicas y pertinentes para cada una de las áreas identificadas como prioritarias. Estas recomendaciones fueron elaboradas con el objetivo de mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de la población, considerando las particularidades y necesidades del territorio.

En resumen, la metodología adoptada para la actualización del ASIS local se caracterizó por un enfoque participativo, el uso de herramientas analíticas cuantitativas y cualitativas, y una integración de insumos sectoriales e intersectoriales que garantizaron un diagnóstico preciso para aportar a una planificación efectiva de acciones para mejorar la salud y el bienestar de la población.

1. CAPÍTULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

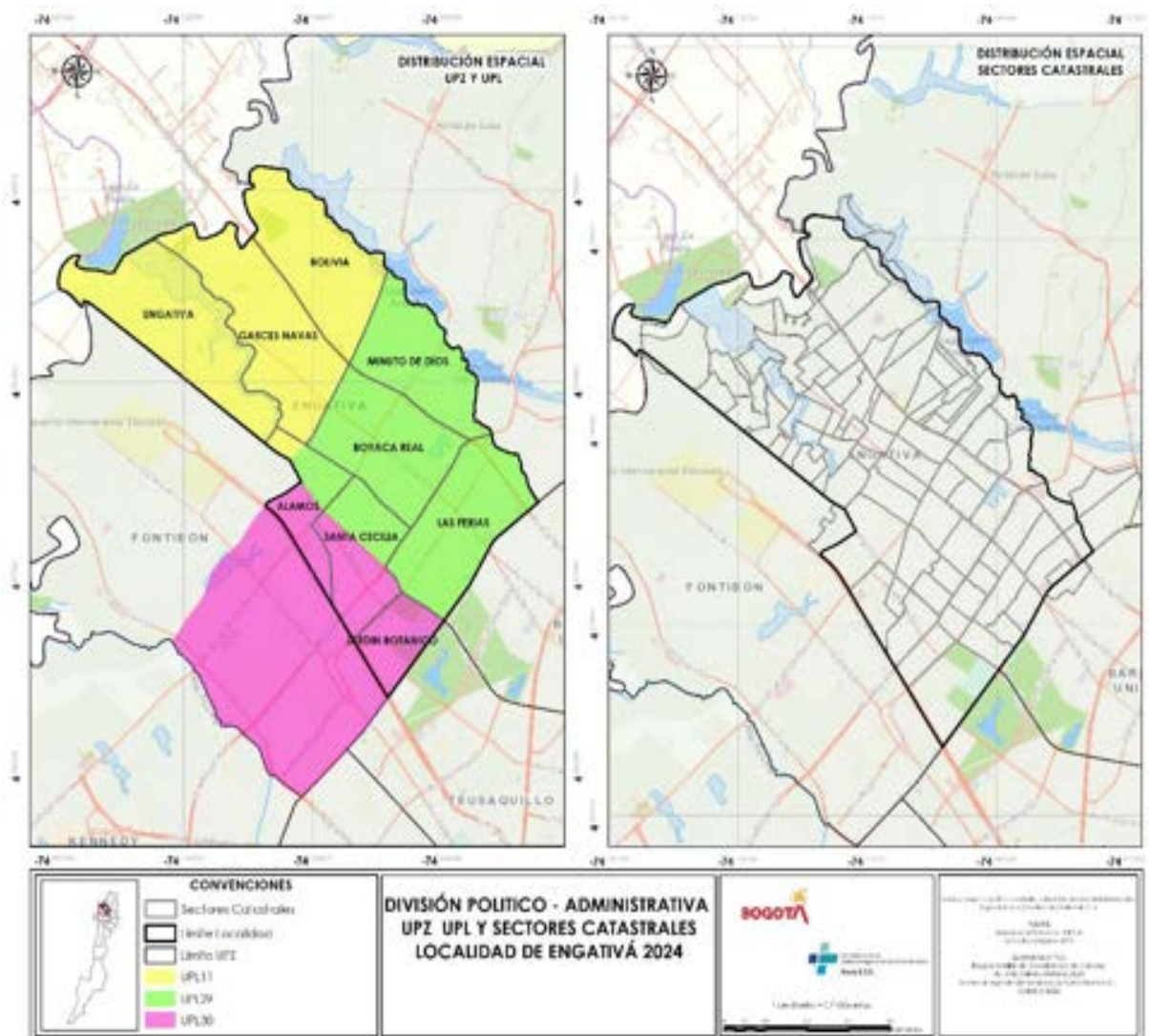
1.1 Contexto político administrativo

La Localidad de Engativá se encuentra ubicada en la parte noroccidental del Distrito Capital, limita al norte con la localidad de Suba, al occidente con los municipios de Cota y Funza, al oriente con las localidades Barrios Unidos y Teusaquillo y al sur con la localidad de Fontibón. Se encuentra integrada por 9 Unidades de Planeamiento Zonal -UPZ- que son: Santa Cecilia, Jardín Botánico, Álamos, Las Ferias, Engativá, Garces Navas, Bolivia, Boyacá Real y Minuto de Dios (ver **Mapa 1**). Engativá posee una extensión de 35,8 Km², siendo la décima localidad de mayor extensión en el Distrito, en el que figuran en los primeros lugares las localidades Sumapaz (n=779,4 km²), Usme (n=214,6 km²), Ciudad Bolívar (129,7 km²) y Suba (n=100,3). Actualmente, la localidad cuenta con un total de 285 barrios de los cuales el 29,1% se encuentran en la UPZ Engativá (n=83), seguido por la UPZ Minuto de Dios con el 13,7% (n=39), Las Ferias y Boyacá Real con el 12,3% cada una (n=35), mientras que las UPZ Jardín Botánico con el 0,7% (2) y Bolivia 4,2% (n=12) concentran el menor número de barrios (7).

En el año 2021 a través del Decreto 555 se adopta la revisión general del Plan de Ordenamiento Territorial -POT- de Bogotá D.C., a través del cual se reorganiza el territorio distrital en 33 Unidades de Planeamiento Local -UPL-, las cuales se constituyen bajo principios de equidad y respeto por las dinámicas sociales, culturales y económicas territoriales buscando así garantizar que todas cuenten con un número de habitantes y una extensión territorial semejante. Esta nueva estructura político-administrativa cambia drásticamente la antigua conformación de las UPZ y difiere de la configuración de las localidades, ya que hay casos donde las UPL se extienden y abarcan territorios de dos localidades como es el caso de: UPL Niza que comparte territorio entre las localidades de Suba y Engativá, UPL Teusaquillo que abarca Teusaquillo y Barrios Unidos, así como la UPL Torca que integra territorio de Suba y Usaquén, entre otras (8).

Bajo la nueva organización político-administrativa, la localidad se encuentra integrada por tres UPL que son: Salitre, Tabora y Engativá. La UPL 11 correspondiente a Engativá integra las UPZ Engativá, Garces Navas y Bolivia, La UPL 29 Tabora contiene las UPZ Minuto de Dios, Boyacá Real, Las Ferias, mientras que Álamos y Santa Cecilia no las toma completamente cortándolas por la Avenida Calle 63, por su parte la UPL 30 Salitre toma Álamos y Santa Cecilia a partir de la avenida calle 63 en adelante y la UPZ Jardín Botánico la toma completamente (7) (ver **Mapa 1**).

**Mapa 1. División político-administrativa UPZ, UPL y Sectores Catastrales
localidad de Engativá, 2024**



Fuente: mapa de referencia IDECA, actualizada junio 2024

Además de las UPZ y UPL, Bogotá integra en su estructura político-administrativa Sectores Catastrales, que son porciones de terreno urbano – rural, conformados por manzanas y veredas y se delimitan a partir de accidentes geográficos naturales y culturales (9). Esta estructura en extensión es más pequeña que las UPZ y UPL y no concuerda en sus límites administrativos con las mismas y en algunas ocasiones tampoco con los límites locales. La localidad de Engativá en este caso cuenta con un total de 87 Sectores Catastrales (ver **Mapa 1**).

Aunque el POT reorganizó la estructura político-administrativa del Distrito y estableció las UPL como reemplazo de las actuales UPZ, en este documento se utilizarán las UPZ como unidad principal de análisis, ya que, por ahora, no se cuenta con información de salud pública a nivel de las UPL.

1.2 Condiciones ecológico – ambientales

La localidad de Engativá se encuentra a 2549 m.s.n.m. de altitud, su geomorfología es principalmente plana con una ligera pendiente de oriente a occidente, predominando una tipología de valle aluvial la cual está relacionada con la estructura hídrica del territorio (10).

Engativá tiene una temperatura promedio anual de 14,1°C, correspondiente a clima frío subhúmedo. Para la zona, los registros históricos de los valores medios de temperatura de la estación climatológica Jardín Botánico evidencian un incremento promedio de la temperatura de 1,3°C en los últimos 40 años. Para el mismo período se registra una temperatura máxima de 21,4°C en 2007 y una temperatura mínima 7,4°C en 1982. En cuanto a la humedad relativa está entre el 74% y 77% y el promedio diario anual de precipitación es de 62,8% y 862 mm³ respectivamente (10).

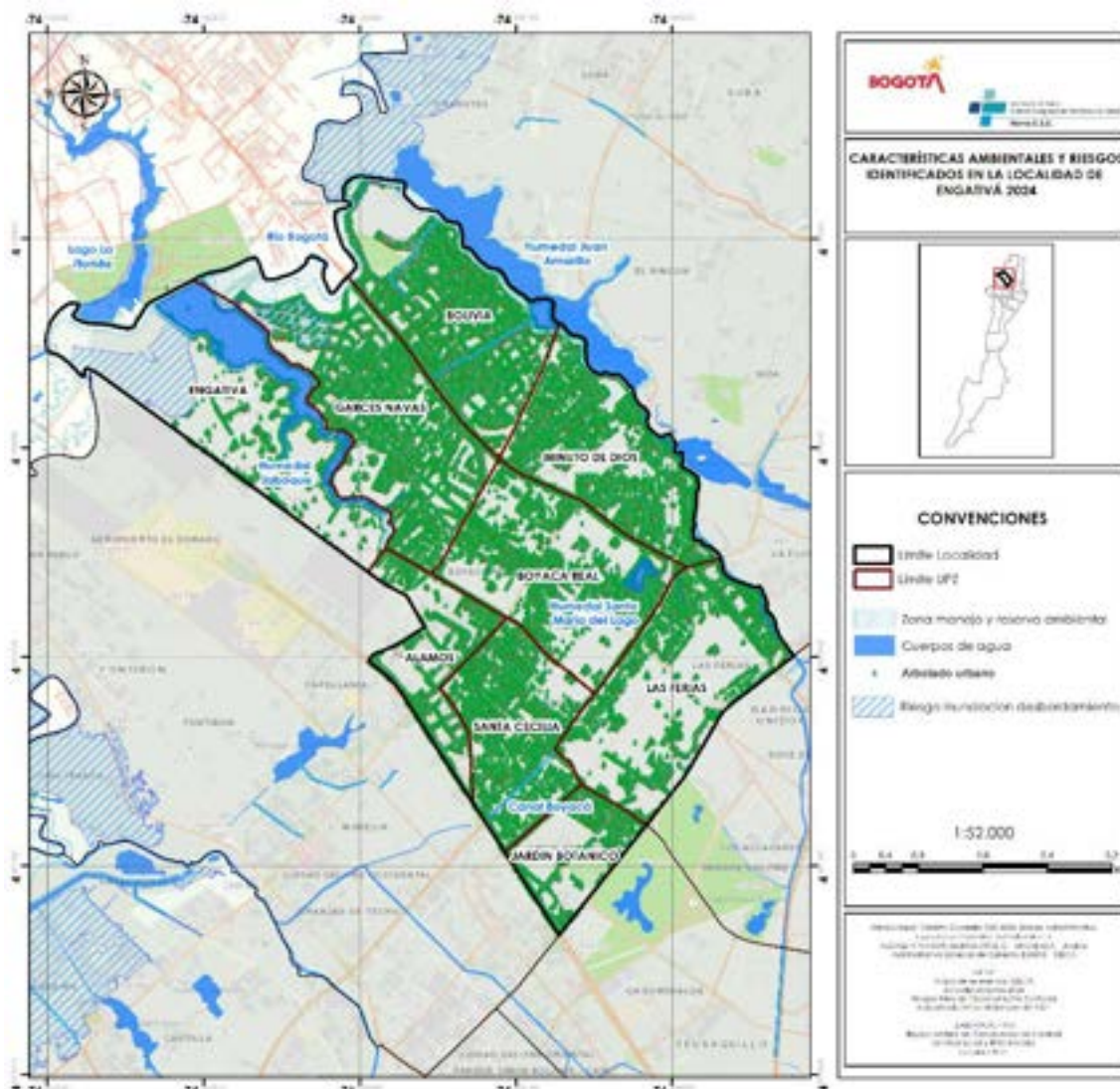
En cuanto a la estructura hídrica, Engativá hace parte de la cuenca del río Bogotá y este a su vez se distribuye en tres subcuencas que son: Río Fucha al sur oriente de la localidad, Río Salitre al norte y la subcuenca Jaboque al suroccidente. El índice de calidad de Agua Water Quality Index¹ -WQI- de acuerdo con la medición realizada en el año 2020, en el Canal del Río Salitre que recorre la localidad de oriente a occidente pasando por las UPZ Minuto de Dios, Bolivia y parte de las Ferias, presentó un nivel bajo, mientras que en la parte inferior de la UPZ Las Ferias, la calidad del agua fue calificada como marginal. Con respecto a la clasificación obtenida en años anteriores, la calidad del agua del Canal de Río Salitre no ha cumplido los estándares de calidad, pues para el periodo 2016-2017 fue clasificada como baja y entre 2018-2019 como marginal (10).

Frente a la oferta ambiental de la localidad, además de su potencial en el recurso hídrico materializado en sus humedales y canales, cuenta con un sistema de parques urbanos, tanto de escala zonal como metropolitana; de los cuales se resaltan el Jardín Botánico y el Parque Metropolitano Planta de Tratamiento Salitre; se observa además concentración de parques y arbolado, en la UPZ Bolivia, seguido de Garcés Navas y Santa Cecilia. De acuerdo con el Observatorio de Espacio Público del Dadep, a partir de los datos 2018 del Censo del arbolado de Bogotá del Jardín Botánico, en la Localidad de Engativá se cuenta en promedio con un árbol por cada siete habitantes. No obstante, este dato es diferente en las UPZ de Álamos y Bolivia, donde la arborización es mayor al promedio local con un árbol por cada dos habitantes y en la UPZ Jardín Botánico, donde se calculan cuatro árboles por habitante (ver **Mapa 2**).

En la localidad de Engativá, los riesgos están asociados principalmente a la posible ocurrencia de inundaciones debido al potencial hídrico de la zona. En el sector occidental, en los límites con los municipios de Cota y Funza, se identifican riesgos relacionados con desbordamientos del Río Bogotá, lo que podría afectar a los barrios cercanos al canal en las UPZ Engativá, Garcés Navas y Bolivia. Adicionalmente, se presentan riesgos asociados al Humedal Jaboque, que delimita las UPZ Garcés Navas y Engativá, así como al Humedal Juan Amarillo, el cual marca el límite con la localidad de Suba. Este último representa una posible zona de afectación por inundaciones en el norte de las UPZ Bolivia y Minuto de Dios (7) (ver **Mapa 2**).

¹ **Water Quality Index – WQI**- es el índice mide la calidad del agua de manera cuantitativa, combinando múltiples parámetros en un solo valor para evaluar la aptitud del agua para un uso específico, como consumo humano, recreación, irrigación o soporte de vida acuática (75).

Mapa 2. Características ambientales y riesgos identificados en la localidad de Engativá, 2024



Fuente: mapa de referencia IDECA actualizada junio 2024. Riesgos POT actualizada 29 de diciembre de 2021

1.3 Condiciones socio económicas

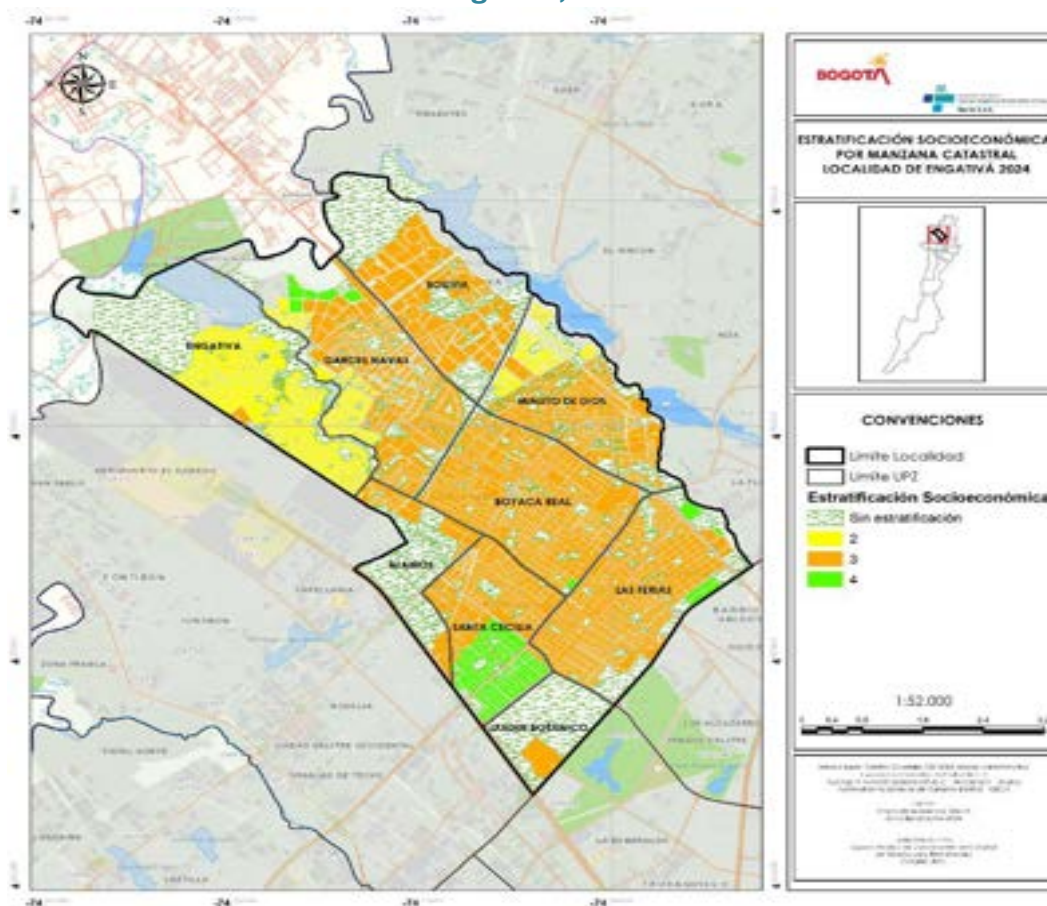
El análisis socioeconómico es fundamental para comprender el contexto en el que se desarrollan las condiciones de vida y salud de la población, aspectos como el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas -NBI-, el Índice de Pobreza Multidimensional -IPM- y el índice de GINI, vuelven legibles aquellos determinantes sociales que influyen en el bienestar y la calidad de vida de las personas que residen en la localidad. La interpretación de estos datos resulta clave para identificar desigualdades, establecer prioridades y orientar las intervenciones de salud hacia una mayor equidad y efectividad en la respuesta a las necesidades locales.

1.3.1 Estrato socioeconómico

La estratificación socioeconómica es un sistema de categorización del entorno de las viviendas, para segmentar a la población en distintos niveles económicos. Este sistema establecido por el DANE clasifica las residencias en seis estratos (1 al 6), donde el estrato 1 corresponde a la población de menores ingresos y el 6 a aquellas con ingresos más altos (11).

En la localidad de Engativá la estratificación socioeconómica² abarca los estratos 2,3 y 4 siendo el estrato 3 el de mayor extensión. El estrato 2 se encuentra en las UPZ Engativá, la parte sur de Garcés Navas y en la parte occidental de la UPZ Minuto de Dios. El estrato 3 se presenta en Garcés Navas, Bolivia, Minuto de Dios, Boyacá Real, Las Ferias, Santa Cecilia, Álamos y Jardín Botánico. Por último, el estrato 4 tiene mayor cobertura en la parte sur de la UPZ Santa Cecilia, con algunas manzanas catastrales en el occidente de Garcés Navas y en la parte nororiental de las Ferias (7) (Ver **Mapa 3**).

Mapa 3. Estratificación socioeconómica por manzana catastral, localidad de Engativá, 2024



Fuente: mapa de referencia IDECA, actualizado junio 2024

² La estratificación económica se realiza por manzana catastral y no por barrio, sector catastral o UPZ.

1.3.2 Indicadores socioeconómicos

Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI-

La medida de NBI es un método que visibiliza las carencias críticas en una población a partir del método directo y permite la medición de la pobreza³. Para el caso de Engativá, en el 2017 la localidad registró un índice de NBI de 2,04, menor que el índice Distrital que se encontraba en 2,66. Además, el NBI de miseria en Engativá fue 0, también inferior al de la ciudad, que fue de 0,1 (12).

Índice de Pobreza Multidimensional -IPM-

El IPM es un indicador que permite identificar los niveles de pobreza a partir de cinco dimensiones⁴. Según este índice, son considerados pobres los hogares que tengan privación en por lo menos el 33,0% de los 15 indicadores que conforman las cinco dimensiones. El IPM de Bogotá para el 2021 fue de 5,7% y para la localidad de Engativá fue de 3,7% (37 personas de cada 1000 tuvieron privación en al menos el 33,0% de los 15 indicadores que mide el IPM) (13) (14).

Índice de GINI

El coeficiente o índice GINI es la medida estadística económica que se utiliza para medir la desigualdad salarial y la riqueza. Establece la concentración de ingresos entre los habitantes de una región en un periodo de tiempo determinado. Los valores utilizados para la medición se encuentran entre 0 y 1, donde 0 representa una equidad perfecta y 1 representa una inequidad perfecta. De acuerdo con la EM para el año 2021 la localidad de Engativá presentó un índice de GINI de 0,47, es decir inferior al de Bogotá el cual fue de 0,53 (nivel moderado/alto de desigualdad) (14).

1.4 Estructuración poblacional y demográfica

La estructura poblacional y demográfica es un componente esencial en el análisis de las condiciones de salud y enfermedad, ya que ofrece una visión detallada de la composición, distribución y características de la población. Al estudiar factores como la edad, el sexo, la distribución geográfica y la dinámica de crecimiento poblacional, es posible identificar patrones que influyen en las necesidades de salud y en la demanda de servicios.

1.4.1 Población y estructura demográfica

Teniendo en cuenta las proyecciones del DANE, para el 2024 la localidad de Engativá tenía 819.441 habitantes, que correspondieron al 25,4% de la población de la Subred Norte y el 10,2% del Distrito. El 52,5% (n=430.570) fueron mujeres y el 47,5% (n=388.871) hombres, y según proyección para el 2030, la población aumentará a 839.617 de habitantes. Del total de población de la localidad, la mayor parte se concentró en las UPZ Garcés Navas, Engativá y Boyacá Real con el 53,8%% (n=441.149), por el contrario, las UPZ con la menor concentración

³ El porcentaje de personas o de hogares que tienen insatisfecha una o más necesidades definidas como básicas para subsistir, es el indicador resultante NBI. Para analizar esos indicadores se tienen en cuenta aspectos relacionados con viviendas en hacinamiento crítico, viviendas con servicios inadecuados tanto de agua como sanitarios, condiciones relacionadas con pisos y paredes de las viviendas, dependencia económica, número de niñas y niños en edad escolar o desescolarizados y la escolaridad de los jefes de hogar.

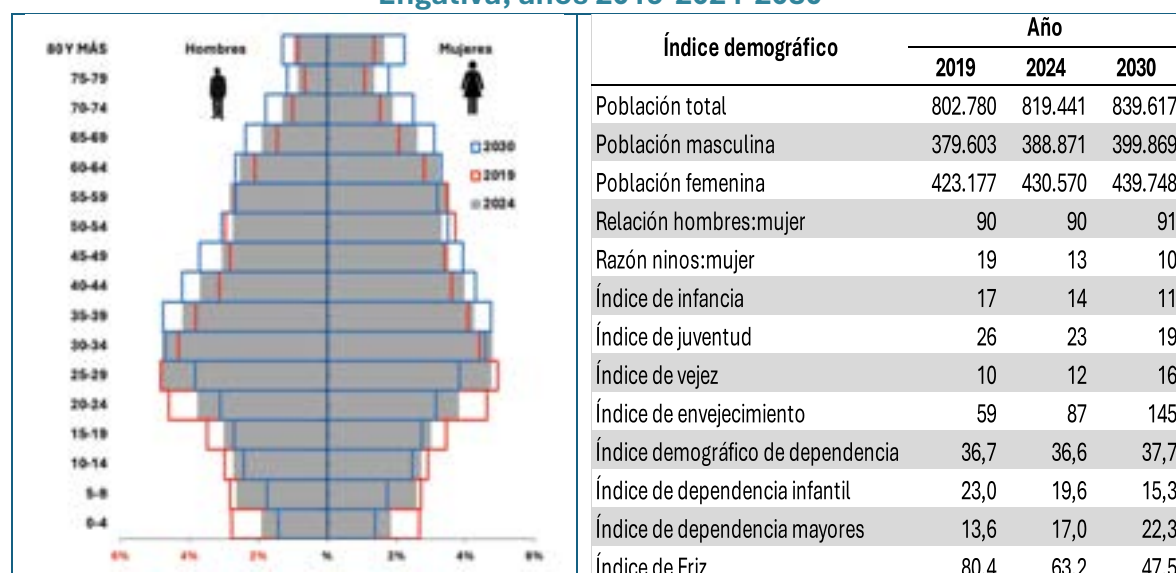
⁴ El IPM mide los hogares con privaciones en 15 indicadores relacionados con cinco dimensiones básicas de bienestar, distintas a la carencia de ingresos: 1) condiciones educativas del hogar, 2) condiciones de la niñez y la juventud, 3) salud, 4) trabajo y 5) acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda (76).

de la población correspondió a Jardín Botánico con 0,4% (n=2.938) y Álamos con 1,5% (15) (n=12.095) (15) (ver **Anexo 2**).

Las tres UPZ con mayor densidad poblacional para el 2024 fueron: Garces Navas con 30.586,9 hab./Km2, Minuto de Dios con 29.722,2 hab./Km2 y Boyacá Real 28.364,3 hab./Km2, mientras que las UPZ con menor densidad poblacional fueron: Jardín Botánico 1.820,6 hab./Km2, Álamos 6.052,3 hab./Km2 y Bolivia 17.739,8 (15) (ver **Anexo 2**). La elevada densidad poblacional en las UPZ Garces Navas y Minuto de Dios, representa un desafío en materia de salud pública, ya que la concentración de habitantes en áreas limitadas puede facilitar la transmisión de enfermedades infecciosas, especialmente aquellas de fácil propagación, como infecciones respiratorias y enfermedades transmitidas por vectores. Además, puede generar presión sobre los servicios de salud y los recursos sanitarios, dificultando el acceso a atención médica oportuna y de calidad.

En cuanto a la estructura demográfica, la pirámide poblacional de la localidad de Engativá evidencia una transición demográfica regresiva con una base estrecha de nacimientos e infantes, en el centro se observa una marcada concentración de población joven y adulta, mientras que la cima representa una estructura de población envejecida. Respecto a la población por grupos de edad, en la proyección para 2030 se presenta una reducción mayor en los menores de 25 años, en contraste, la población mayor de 35 años en adelante tiende a aumentar, en donde el mayor incremento se presenta en el rango de 35 a 49 años, principalmente en los hombres. En el grupo de 65 y más se observa también un aumento importante para ambos sexos, no obstante, en el grupo de 70 años y más hay un mayor número de mujeres (15) (ver **Gráfica 1**).

Gráfica 1. Pirámide poblacional e índices de estructura demográfica, localidad Engativá, años 2019-2024-2030



Fuente: proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018

Frente a los índices demográficos de Engativá, para la relación hombre mujer, no se observa cambio en 2024 con respecto a 2019, mientras la relación niños mujer presentó reducción del 30,0% pasando de 19 a 13 menores de 5 años por cada 100 mujeres en edad fértil, situación

igualmente evidenciada en el índice de infancia, el cual disminuyó en 14,9% durante el periodo evaluado. Por el contrario, los índices de vejez y de envejecimiento y dependencia de mayores, aumentaron en 24,6%, 24,5% y 46,3%, respectivamente. Adicionalmente, debido a la reducción presentada en el índice de Friz, se podría estimar que para el año 2030, la población de Engativá podría ser considerada como envejecida (15) (ver **Gráfica 1**).

Según Momento de Curso de Vida -MCV-, para el 2024, en la localidad de Engativá, la mayor proporción de la población se encontraba en la adultez, seguida por la vejez, no obstante, la primera infancia concentró la menor proporción; de otro lado, cabe destacar que la mayor proporción de hombres estaban entre 0 a 11 años, mientras que las mujeres entre 12 a 60 años y más (15) (ver **Tabla 1**).

Tabla 1. Distribución por sexo y momento de curso de vida, localidad de Engativá, 2024

Momento de Curso de Vida	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primera Infancia (0 a 5 años)	19.327	50,8	18.737	49,2	38.064	4,6
Infancia (6 a 11 años)	26.477	50,4	26.106	49,6	52.583	6,4
Adolescencia (12 a 17 años)	27.534	49,9	27.593	50,1	55.127	6,7
Juventud (18 a 28 años)	72.062	50,0	72.144	50,0	144.206	17,6
Adultez (29 a 59 años)	181.965	47,8	198.553	52,2	380.518	46,4
Vejez (60 y más años)	61.506	41,3	87.437	58,7	148.943	18,2
Total	388.871	47,5	430.570	52,5	819.441	100,0

Fuente: proyecciones poblacionales DANE – CNPV 2018

1.4.2 Indicadores de dinámica demográfica

La tasa bruta de natalidad calculada para Engativá en el año 2023 indica que por cada 1.000 habitantes se presentaron 7,0 nacimientos, asimismo, para este periodo la tasa general de fecundidad y la tasa global de fecundidad revelan un comportamiento similar respecto al año anterior (16) (ver **Tabla 2**). Finalmente, la localidad de Engativá en el año 2023 registró 3.943 muertes lo que representó una tasa de mortalidad bruta de 4,8 por cada 1.000 habitantes, siendo mayor la mortalidad en hombres con una tasa de 5,0 mientras la tasa en mujeres fue de 4,7. Al comparar la mortalidad en 2023 con respecto al 2022, se presentó reducción del indicador en un 5,9% (17) (ver **Tabla 2**).

Tabla 2. Indicadores demográficos, localidad Engativá años 2012, 2017, 2022, 2023

Indicador	2012	2017	2022	% Variación 2012-2022	2023	% Variación 2022-2023
Nacimientos	9.631	8.177	5.726	-40,5%	5.759	0,6%
Tasa bruta de natalidad	12,3	10,4	7,0	-43,1%	7,0	0,0%
Tasa general de fecundidad	41,4	36,0	25,0	-39,6%	25,2	0,8%
Tasa global de fecundidad	1,4	1,2	0,8	-42,9%	0,8	0,0%
Tasa bruta de mortalidad	4,1	4,6	5,1	24,4%	4,8	-5,9%

Fuente: bases de datos DANE - RUAF ND-Sistema de estadísticas Vitales SDS – serie disponible 2005-2023 datos “finales”, excepto para la tasa general y global de fecundidad datos “preliminares”.

Proyecciones de Población por Localidad Convenio interadministrativo 095 de 2020 DANE- FONDANE

Y SDP con base en CNPV DANE 2018. Datos publicados en el Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData con fecha de actualización febrero 6 de 2025, fecha de consulta 14 de abril 2025.

1.4.3 Hogares y viviendas

Para el 2024 la localidad de Engativá contó con 312.424 hogares, con un promedio de 2,6 personas por hogar. Para el periodo analizado, la UPZ con mayor número de hogares fue Garcés Navas que concentró el 20,0% (n=62.526), y en relación con su población contó con un promedio de 2,7 personas por hogar, seguida de Engativá con el 16,5% (n=51.420) con un promedio de 2,8 personas por hogar. La UPZ que registró el menor número de hogares correspondió a Jardín Botánico con 0.4% (n=1.103) con promedio de 2,7 personas por hogar. Por otra parte, para el 2024 la localidad de Engativá tenía 306.540 viviendas, de las cuales el 96.9% (n=297.137) se encontraban habitadas. La UPZ con mayor ocupación de viviendas fue Minuto de Dios con el 99,7% (n=39.536) y la de menor ocupación fue Álamos con el 88,4% (n=4.648) (15) (ver **Anexo 2**).

1.5 Poblaciones diferenciales

Población LGBTIQ+

Para el 2021, se estimó que en la localidad de Engativá había 7.546 personas LGB⁵ (9,3 por cada 1.000 habitantes) representado una proporción del 11,7% de esta población en el Distrito (n=64.786). Respecto al 2017 se observa un incremento del 71,1% en el número de personas y del 65,2% en la tasa (4.411 personas y 5,6 por cada 1.000 habitantes respectivamente). En cuanto a la distribución según UPZ, para el 2021 las tasas más altas se estimaron en Bolivia y Minuto de Dios (16,5 y 16,0 personas LGB por cada 1.000 habitantes respectivamente) (18).

A partir de un ejercicio de caracterización realizado por el Centro de Escucha LGBTIQ+ del Entorno Comunitario en 2021, en la localidad de Engativá el 0,6% de las personas encuestadas se reconocieron así mismas como pertenecientes a algún sector de la población LGBTIQ; de las 80 personas entrevistadas, el 82,5% se identificó como homosexual, 13,8% bisexual, 2,5% transgénero y 1,3% intersexual. Por otro lado, es importante mencionar que el Centro de Atención Integral a la Diversidad Sexual y de Géneros -CAIDS- ubicado estratégicamente en la Carrera 94 D 131 A 15 de localidad de Suba, el cual tiene como objetivo dar cobertura a la población LGBTIQ de la localidad de Engativá dada su cercanía geográfica y territorial (10).

Personas en Situación de Habitanza en Calle – PSHC -

Según el Censo de Habitantes de Calle en Bogotá 2024 realizado por la Secretaría Distrital de Planeación -SDP- y la Secretaría Distrital de Integración Social -SDIS-, en la localidad de Engativá se censaron 589 personas que correspondió al 5,6% del total de la población censada en el distrito (n=10.478). El 91,0% eran hombres, el 69,4% cursaba la adultez, seguido de la juventud con el 19,7%, la vejez con el 10,4% y la adolescencia con el 0,2%, no se cuenta con información del 0,3% de personas censadas. Por entrevista directa se censaron 525 personas, de las cuales el 89,7% se identificó como hombre, el 8,2% como mujer, el 0,2% como hombre trans y mujer trans respectivamente, mientras que el 1,7 % no se identificó en algún género. Por otra parte, el 96,2% no se autorreconoció en ningún grupo étnico, no obstante, el 1,9% se

⁵ De acuerdo con la EM del 2021 solo se cuenta con información para población LGB (Lesbiana, Gay y Bisexual).

autorreconoció como NARP, 0,6% como indígena, el 0,2% como Gitano o Rrom y el 1,1% no respondió (19).

Teniendo en cuenta el nivel educativo más alto alcanzado por las personas censadas, el grado más frecuente fue básica secundaria con el 35,4% seguido de básica primaria con el 25,9%. De otro lado, el 66,5% de los entrevistados nació en Bogotá, el 15,6% en otro municipio colombiano, el 17,3% en otro país, mientras que el 0,6% no respondió la pregunta, asimismo, el 94,1% refirió que Bogotá fue el lugar de inicio de la vida en calle (19).

En el año 2023, desde los equipos de Análisis de las Subredes Integradas de los Servicios de Salud se realizó un ejercicio de caracterización de la calidad de vida, salud y enfermedad de la población habitante de calle del Distrito Capital. Como parte de la metodología se aplicó una encuesta a la población durante las jornadas de autocuidado y los recorridos de identificación de habitante de calle. Se aplicó un total de 573 encuestas, de las cuales el 10,1% (n=58) correspondieron a la localidad. En Engativá, el 87,9% de los encuestados fueron hombres, por grupos de edad la mayor proporción de la población se encontraba entre los 50 a 54 años con el 17,2%, seguido de 40 a 44 años con el 15,5% (20).

Por último, en el 2021 la SDIS realizó un ejercicio de la georreferenciación de la población en situación de habitanza en calle, identificando en la localidad de Engativá durante el día y la noche una mayor concentración de personas en los barrios Bonanza, Santa Helenita, Florida Blanca y Los Álamos. Asimismo, aumento la dispersión en localizaciones a lo largo de la ronda del humedal Jaboque desde el barrio Engativá a lo largo de la calle 63 hasta la Avenida Carrera 68 y a la altura de las Ferias (21).

Víctimas del Conflicto Armado -VCA-

Con corte al 30 de septiembre de 2024, la localidad de Engativá registró un total de 19.816 VCA, ubicándose en la quinta posición a nivel distrital con el 5,6% de la población y en el segundo lugar de la Subred Norte con el 28,4%. A escala local, se registraron las tasas más altas de VCA en Barrios Unidos, Engativá y Suba (28,2, 24,2 y 22,8 VCA por cada 1.000 habitantes respectivamente) (22).

De acuerdo con la ficha de información local de Engativá realizada por realizada por la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación en el 2019 se registraron 8.938 VCA con una tasa de 10 víctimas por 1.000 habitantes. La UPZ Engativá concentró el 40,0% de las personas víctimas, seguida de Minuto de Dios con el 14,0%. En menores proporciones las UPZ de las Ferias (13,0%), Boyacá real (13,0%), Garcés Navas (12,0%), Santa Cecilia (5,0%), Bolivia (2,0%), Álamos (1,0%) y Jardín Botánico (0,2%) (23). Por otra parte, se identificó que el 75,9% de las víctimas cursaba la adultez y el 12,4% la juventud, el 54,2% eran mujeres y el 2,3% presentaba algún tipo de discapacidad (24).

Población con discapacidad

Según el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del MSPS y la SDS durante el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2020 y el 30 de junio de 2024 en la localidad de Engativá se han certificado un total de 6.001 personas, que corresponde al 9,5% de personas certificadas con discapacidad en el distrito (n=63.055). En cuanto a la identidad de género el 45,1% (n=2.706), se autorreconoció como hombre, seguido de mujer con el 36,6% (n=2.196), el 5,1% (n=306) no se identificó en algún género. Según

momento de curso de vida, la adultez representó la mayor proporción de los casos con el 40,8% (n=2.447), seguido de la vejez con el 21,3% (n=1.280) y juventud con el 17,7% (n=1.063) (25).

De acuerdo con el tipo de discapacidad el 28,5% (n=1.709) presentó discapacidad física, el 13,5% (n=813) discapacidad intelectual, el 5,9% (n=353) discapacidad psicosocial, el 5,9% (n=352) discapacidad auditiva y el 5,0% (n=301) discapacidad visual; mientras que el 41,1% (n=2.464) de la población certificada presenta discapacidad múltiple. Respecto al origen de la discapacidad, el 57,6% (n= 3.454) fue relacionada a enfermedad general, el 14,6% (n=876) a alteración genética o hereditaria, el 8,9% (n=531) a alteraciones del desarrollo embrionario, el 6,8% (n=407) a complicaciones durante el parto, entre otras (25).

Pueblos y comunidades étnicas

En el 2018, en la localidad de Engativá se censaron un total de 814.100 personas, de las cuales el 1,0% (n=8.295) se autorreconocieron dentro de uno de los grupos étnicos. De estos, el 83,6% (n=6.932) se autorreconoció como Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a), el 14,4% (n=1.194) como indígena, el 1,3% (n=112) como Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, el 0,4% (n=30) como Palenquero (a) de San Basilio y el 0,3% (n=27) se identificó como Gitano (a) o Rrom. En cuanto a la distribución por sexo, el 50,5% (n=4.187) fueron mujeres y el 49,5% (n=4.108) fueron hombres. Según grupos de edad, la población se concentró en edades de 20 a 39 años con el 42,0% (n=3.487) y la de menor proporción estuvo en el grupo de 75 años en adelante con 2,3% (n=191) (10).

Pueblos Indígenas

Para el año 2022, de acuerdo con los listados censales del Consejo Consultivo y de Concertación para los Pueblos Indígenas de Bogotá, 21.609 indígenas residían en la ciudad (total correspondiente a 13 pueblos censados⁶), cifra que, al ser contrastada con la población indígena del CNPV del 2018, presenta un aumento poblacional estimado de 13,4%, es decir, 2.546 indígenas más a nivel distrital. Además, los listados censales del Consejo Consultivo indican que, en cuanto a distribución por sexo, el 51,1% (n=11.043) de la población indígena en Bogotá son mujeres y el 48,9% (n= 10.566) son hombres. En los pueblos Misak, Ambika Pijao y Eperārā Siapidaara el grupo femenino tiene mayor representatividad con pesos porcentuales superiores al 53%; mientras que, en el Pueblo Uitoto y Tubú es el grupo masculino quien tiene mayores pesos porcentuales por encima del 54,0% (26).

Las comunidades indígenas en la ciudad han optado por territorios de contacto directo con lo que consideran la “Madre tierra”, en los cuales les es posible desarrollar actividades productivas, agrícolas, culturales y espirituales propias de su cosmogonía. La disponibilidad de fuentes de agua es un elemento fundamental para explicar los patrones de asentamiento nativo en Bogotá. Otra de las razones de priorización en la habitabilidad se relaciona con la cercanía a sitios de encuentro y a las oficinas de algunos cabildos (26).

En Bogotá, para el 2021 se estimó que el 58,4% de la población con autorreconocimiento étnico pertenecía a un pueblo indígena, donde la edad promedio fue de 36,4 años; para el mismo año en Engativá residían 2.427 personas con autorreconocimiento indígena, de las

⁶ A causa de la demora en la entrega de la información, por parte del Cabildo Nasa CCI, no fue posible incluir en este análisis los datos censales correspondiente al Pueblo Indígena Nasa de Bogotá.

cuales el 45,7% (n=1.109) se encontraban en la adultez, el 17,3% (n=421) eran personas mayores de 60 años y el 15,3% (n=371) estaban en la juventud; los menores de 18 años concentraron el 21,6% de la población indígena de la localidad (1).

En Engativá se encuentra el Cabildo Mayor Indígena Kichwa, que concentraba aproximadamente 590 familias del distrito en 2021, con mayor población del sexo femenino con el 63,0%; este pueblo es originario de la provincia de Imbabura, en Ecuador, presentes por más de seis décadas en Bogotá, como parte de su vocación de comerciantes, quienes han logrado mantener tradiciones y el idioma ancestral Runa Shimi. También se han identificado personas pertenecientes al Pueblo Tubú Hummurimassá, que pertenece al Pueblo Siriano. Son originarios del departamento del Vichada y de Mitú en el departamento del Vaupés, trasladándose a Bogotá como consecuencia de la violencia y el desplazamiento forzado (27).

Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueros -NARP-

Según los datos poblacionales consolidados y analizados en el ASIS Diferencial Distrital 2019, se identificaron en Bogotá 8.350 personas de las comunidades Negras y Afrocolombianas. Presentan una pirámide poblacional con una base ancha frente a unos grupos superiores que se van reduciendo hasta terminar en forma de pico, lo que refleja una natalidad alta y una mortalidad progresiva según la edad; indicando una estructura de población eminente joven y con perspectivas de crecimiento, lo cual es positivo ya que refleja población productiva, mayor mano de obra para trabajar sin tener la carga del Estado con respecto a los adultos mayores (28).

Del total registrado en las bases del censo de poblaciones Negras y Afrocolombianas suministradas por la Secretaría Distrital de Salud para el año 2019, se evidencia que el 41,7% (n=3.482) de la población fueron hombres, observándose mayor concentración en niños en edades entre los 0 y 4 años con el 13,7%, seguido de hombres entre 5 y 9 años con el 13,0% del total observado. Mientras que las mujeres correspondieron al 58,2% (n=4.868), destacándose con mayor proporción en edades entre los 25 y 29 años con el 13,1% (28)⁷.

De acuerdo con la EM 2021, Engativá concentró el 5,3% (n=2.773) de población negra afrocolombiana del Distrito (n=52.320) (29). A partir de la investigación de Fernando Urrea y Carlos Viáfara se evidencia que las comunidades negras y afrocolombianas se encuentran concentradas en las localidades de Bosa, Suba, Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Engativá. Asimismo, las comunidades Negras y Afrocolombianas del Pacífico, se concentran en las localidades de Suba, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe y Engativá (28).

Según una de las lideresas afrocolombianas que reside en Engativá señala las dificultades de conservar sus tradiciones en la ciudad y cómo se transforman sus dinámicas sociales, hábitos y relacionamiento familiar. “El rol que manejamos acá es que conserve nuestra cultura desde nuestras casas con nuestros hijos, nuestros nietos y nuestras familias; los valores que transmitimos a través de nuestros juegos, cantos y arrullos y los comportamientos que tenemos acá son totalmente diferentes porque nuestros territorios están acostumbrado a que por ser población afro vivimos muchas personas en una casa, cantas, bailamos hacemos ruido pero acá el comportamiento cambia el rol familiar para nosotros desde lo afro sigue siendo igual pero acá toca limitarnos en ciertas cosas ya que acá tenemos normas y valores que nos

⁷ No se cuenta con datos de población por localidad y por ello solo se reportan los datos de Bogotá.

identifican y también compartimos mucho en nuestra familias y siempre el rol hay una persona cabeza de familia que se encarga de dirigir al resto de la familia como un líder” (28).

Población migrante

Bogotá es una de las ciudades que ha recibido el mayor número de migrantes, con una estimación de 416.145 personas en 2021, lo que equivale al 5,3% de la población total de la ciudad. Esta cifra representa un incremento de 2,9 veces respecto al 2017, cuando se registraron 107.881 migrantes. Es importante destacar que en 2017 el 65,5% (n=70.662) de esta población era de nacionalidad venezolana, proporción que se incrementó en 2021, alcanzando el 92,5% (n=384.934). En 2017, la localidad de Engativá se ubicó en la sexta posición a nivel distrital al tener el 6,2% (n=6.689) de la población migrante, mientras en el 2021 se ubicó en la cuarta posición con el 9,0% (n=37.453) (30).

Los escenarios y situaciones en las que se ha visto expuesta la población dependen del contexto y situación individual que experimenta el migrante: su situación socioeconómica, su estado de vulnerabilidad y la interseccionalidad de categorías diferenciales que definen a la persona. Sin embargo, se perciben ciertos patrones de movilidad dentro de la ciudad, y son reiterativas las formas en que los migrantes, específicamente de origen venezolano, viven y experimentan la ciudad. La precariedad en recursos económicos los conduce a buscar zonas periféricas y de bajo impacto económico como Soacha, Bosa, Kennedy y Ciudad Bolívar. Como también lo han identificado otros casos de estudio sobre población migrante el 79,0% de los venezolanos vive en estratos 2 y 3 en localidades como Kennedy (14,6%) Suba (14,3%), Bosa (10,3%) y Engativá (10,3%) (31).

Como expresó el DANE en el 2020, el 48,3% de las personas migrantes recientes manifestaron que el principal motivo para el cambio de vivienda fue acompañar a otros miembros del hogar y el 24,5% por trabajo. Estos dos motivos fueron los más frecuentes entre hombres y mujeres, pero con distribuciones diferenciadas por sexo. El 55,1% de las mujeres migrantes recientes indicó que cambió de residencia para acompañar a otros miembros del hogar, mientras que entre los hombres migrantes recientes, este porcentaje fue el 41,4% (31).

Localidades como Suba, Engativá, Ciudad Bolívar y Usme presentan población que permanece allí desde su llegada y también se desplazó, tanto para ir a otra localidad, como para llegar a estas. Los hábitos de la población migrante se han transformado y tenido que amoldar a las situaciones contextuales. Igualmente, han tenido que lidiar con un rasgo identitario que los señala permanentemente, homogeneizando la población y estableciendo ciertas categorías colectivas que refuerzan mitos e imaginarios. Esta situación los ha enfrentado a situaciones de violencia y discriminación en diferentes escenarios: desde violencias institucionales; hasta agresiones físicas y psicológicas por parte de ciudadanos colombianos. Así lo manifiesta una de las líderes comunitarias entrevistadas por el equipo de análisis en la localidad de Engativá:

“Pues ya están como cansados de vernos, de verdad se nota mucho por la fobia, pero yo creería, aunque el trabajo de la trabajadora social es como ayudar es como el enlace qué hace qué la tensión sea buena o mala y es la que hace es con ella el choque porque ustedes siempre no tienen con qué pagar y ustedes, de ahí en adelante es un maltrato” (Entrevista, Engativá, 2021) (31).

1.6 Acceso a servicios y bienes

Engativá es una localidad con una oferta amplia y variada de servicios en el Distrito. Presenta una extensa gama de equipamientos para la recreación y el deporte, materializada en parques y zonas verdes aptas para el desarrollo de actividades lúdicas, educativas y deportivas, lo que la convierte en un lugar atractivo tanto para sus residentes como para los foráneos. Con respecto a la oferta dispuesta para la localidad, se cuenta con 558 equipamientos para la recreación y el deporte de los cuales: Minuto de Dios concentra la mayor parte con el 26,7% (n=149), seguida por Garces Navas con el 15,6% (n=87), Boyacá Real 12,5% (n=70) y Las Ferias con el 11,1% (n=62) (7) (ver **Anexo 3**).

En cuanto a la oferta de equipamientos de salud la localidad cuenta con 68 IPS, de las cuales 56 son privadas y 12 públicas. Las IPS privadas se concentran principalmente en las UPZ Santa Cecilia con el 19,6% (n=11), seguida por Las ferias con 17;9% (n=10), Minuto de Dios y Garces Navas, ambas con 14,3 (n=8). Las IPS públicas se concentran principalmente en las UPZ Minuto de Dios con 25,0% (n=3), seguida por Las Ferias y Jardín Botánico ambas con 16,7% (ver **Anexo 3**). Con respecto al nivel de complejidad de los servicios, el 89,7% (n=61) son de primer nivel, el 8,8% (n=6) de segundo nivel y el 1,5% (n=1) de tercer nivel (32).

Aunque la distribución espacial de las IPS públicas y privadas, así como de los equipamientos para la recreación y el deporte, asegura presencia en todas las UPZ de la localidad, persisten deficiencias en la oferta frente a la demanda, especialmente en zonas con alta densidad poblacional. Este es el caso de la UPZ Engativá, que alberga una población con mayor vulnerabilidad socioeconómica, predominantemente de estrato 2, lo que incrementa la necesidad de una oferta más amplia de servicios básicos y especializados. Estas deficiencias generan presión sobre los recursos disponibles, que resultan insuficientes para atender a una población con necesidades más urgentes en comparación con otras áreas de la localidad (ver **Mapa 4**).

Las UPZ con mayor suficiencia en la oferta de servicios de recreación, deporte y servicios de salud son Álamos y Jardín Botánico, las cuales cuentan con una amplia oferta y una densidad poblacional baja con respecto a otras UPZ de la localidad (ver **Mapa 4**).

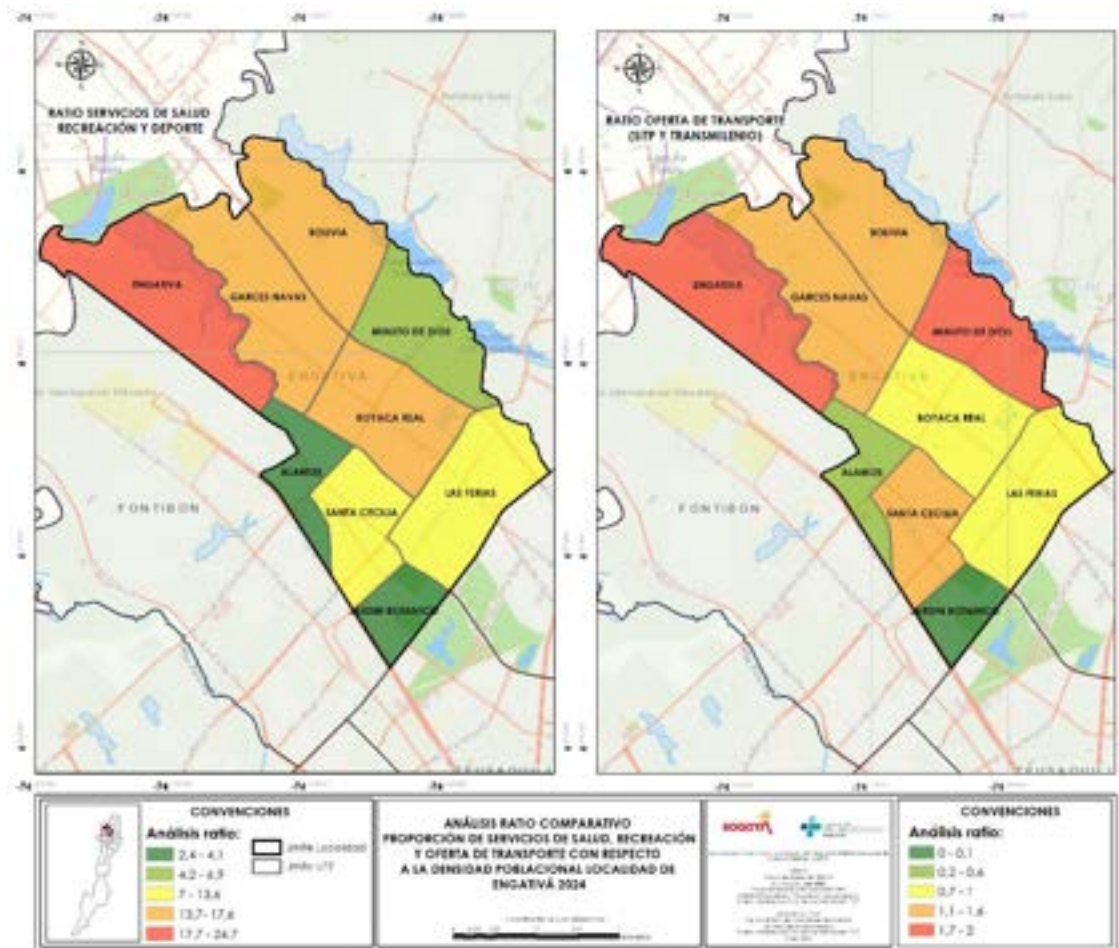
En cuanto a la infraestructura vial, Engativá dispone de varias vías principales y una amplia oferta de transporte público, que incluye un portal de Transmilenio, varias estaciones y numerosos paraderos y rutas del SITP. Esta red permite la movilidad de miles de personas que diariamente se desplazan en busca de servicios médicos, comerciales y otros. No obstante, dentro de la localidad se presentan dificultades de movilidad debido al alto flujo vehicular que conllevan a que las vías sean insuficientes, generando frecuentes congestiones que conllevan a prolonga los tiempos de desplazamiento.

Con respecto a la oferta de transporte público representada en: rutas, paraderos del Sistema Integrado de Transporte Público de Bogotá -SITP- y estaciones de Transmilenio, se encontraron en total 1.459, de éstas el 18,2% (n=266) se concentran en la UPZ Boyacá Real, el 16,5% (n=241) en Las Ferias, el 14,3% (n=208) en Garces Navas y el 10,6% (n=154) en Santa Cecilia (7) (ver

Anexo 4).

En relación con las deficiencias en la oferta de rutas y mobiliario de transporte público con respecto a la densidad poblacional, se evidencia nuevamente que la UPZ con mayor falencia es Engativá junto a Minuto de Dios, mientras que las que poseen una falencia al igual que en el análisis anterior son Jardín Botánico seguido de Álamos (ver **Mapa 4**).

Mapa 4. Análisis ratio comparativo proporción de servicios de salud, recreación y oferta de transporte con respecto a la densidad poblacional Localidad de Engativá 2024



Fuente: mapa de referencia IDECA actualizada junio 2024. Proyecciones poblacionales DANE 2024.

Nota: Las IPS públicas y privadas relacionadas, fueron tomadas del directorio de unidades SIVIGILA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, activas y caracterizadas con corte a semana 47 de 2024.

Estas condiciones, combinadas con desafíos socioeconómicos como el acceso desigual a recursos y el predominio de enfermedades relacionadas con el entorno urbano (respiratorias, cardiovasculares y estrés), agravan la situación. Es esencial fortalecer la infraestructura de salud, mejorar los espacios recreativos y deportivos, y optimizar la movilidad para reducir las desigualdades y garantizar una mejor calidad de vida para los habitantes de estas UPZ.

1.7 Reflexiones finales

Engativá es una localidad con historia, con una riqueza natural de gran importancia materializada en ecosistemas naturales como los Humedales Jaboque, Juan Amarillo y Santa María del Lago, bañada en su borde occidental por el Río Bogotá y cruzada por diversas fuentes hídricas, riqueza que enorgullece a Bogotá y nos recuerda el potencial que tenemos como país. Pero situaciones como la densidad poblacional resultante de la migración interna y externa, ha generado situaciones de vulnerabilidad en algunos sectores que ameritan la presencia institucional y el desarrollo de acciones articuladas, que permitan reducir brechas, reducir el riesgo y garantizar el bienestar de la comunidad residente en este hermoso paraje.

En la localidad de Engativá las mujeres adultas representan la mayor proporción de la población, no obstante, se evidencia una disminución considerable de las tasas de fecundidad y natalidad. Asimismo, la localidad se encuentra en proceso de envejecimiento. En cuanto a la población diferencial, se puede resaltar que la localidad de Engativá concentra población perteneciente a los pueblos Kichwua y Muisca, un territorio que históricamente ha tenido una trascendencia importante para estas comunidades, algunos aspectos pueden estar relacionados a la cercanía con humedales y territorios ancestralmente reconocidos. Asimismo, la población afrocolombiana ha permanecido en el territorio, si bien su tradición y cultura han sufrido transformaciones, las familias siguen asentándose en esta localidad. Este fenómeno migratorio tuvo lugar con los migrantes venezolanos quienes desde la primera oleada de ingreso a la capital han permanecido en esta localidad, asimismo, se han establecido en sectores vulnerables y consolidado zonas de invasión como el barrio Unir.

Por último, cabe mencionar que las condiciones de la localidad y las dinámicas poblacionales permiten comprender las desigualdades sociales y espaciales que se reflejan en los resultados de salud. En materia de los determinantes sociales, el territorio adquiere un papel fundamental al influir en la calidad de vida, lo cual requiere del análisis de las condiciones sociales y económicas que se verán a continuación.

2. CAPÍTULO II: CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES

La OMS define los DSS como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas", es decir, modelos económicos, programas de desarrollo, normas y sistemas políticos que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Dichas condiciones pueden diferir para varios subgrupos de una población dando lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cuyo caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, se deben formular políticas estratégicas que promuevan la equidad (33).

Partiendo de lo anterior, este capítulo busca comprender los determinantes sociales desde cuatro dimensiones interrelacionadas en los procesos de salud y enfermedad de la localidad.

En la primera de ella, titulada **Dimensión socioeconómica**, se brinda una interpretación de los determinantes estructurales e intermedios. En la segunda, nombrada **Dimensión de Género** se comprenderá las formas en que se afecta la calidad de vida las personas a partir de su sexo y género, enfocando el análisis en las violencias basadas en género desde las brechas e inequidades sociales en salud. En la **Dimensión territorial** se realizará una comprensión territorial teniendo en cuenta aspectos como el medio ambiente, conformación territorial, el contexto socio ambiental y las formas de ocupación de los diferentes lugares identificados. Finalmente, la **Dimensión poblacional – diferencial** realiza acercamiento a los determinantes intermedios en poblaciones vulnerables, sus afectaciones e impactos en la calidad de vida y salud de dichos grupos.

2.1 Eje socio económico

Los determinantes estructurales son aquellos que generan o refuerzan la estratificación en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual. En el marco conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud -CDSS- se identifican la posición social y el contexto sociopolítico y económico. La sociedad está dividida en estratos o clases sociales, en función de una distribución jerárquica del poder, del acceso a los recursos (dinero) y del prestigio entre los individuos que la componen (34). Para este acápite se realizará un análisis de la posición socioeconómica basada en: 1) ingresos, 2) ocupación y 3) educación. Los Ingresos y educación son variables que se pueden considerar como resultado del propio proceso de estratificación social, mientras que la ocupación es el indicador más próximo a esa estratificación. Por medio de dichas categorías, se brindará una interpretación y su posible relación con los procesos de salud de las personas que habitan la localidad de Engativá. El acápite finaliza con la mención de indicadores que expresan algunos determinantes intermedios: condiciones materiales de vida, contexto psicosocial, cohesión social, y estilos de vida.

En Engativá, predominan barrios de estratos 2 y 3, y existen algunos barrios de estrato 4 en la UPZ Bolivia. De acuerdo con las condiciones de las viviendas y la estratificación del distrito, los estratos bajos representan el 26,2% del total de la población y se encuentran concentrados en las UPZ Garcés Navas, Minuto de Dios y Engativá, específicamente en barrios como Unir y Luis Carlos Galán. Este último se encuentra en la rivera del humedal Juan Amarillo y en él hacen presencia recuperadores de oficio y carreteros. Engativá está directamente relacionada con la expansión residencial y el uso del suelo. Se han desarrollado conflictos relacionados con el aumento de la población que demanda servicios e infraestructura para satisfacer sus necesidades en salud, educación y comercio, y que supera la capacidad social e institucional para soportarla. Asimismo, se refleja la falta de garantía de condiciones básicas de infraestructura, la ausencia de medidas de reducción de impacto medioambiental, existen serias dificultades de acceso relacionadas con insuficientes rutas de transporte, y el número de parques y zonas verdes es muy limitado (35).

Las condiciones económicas de la localidad si bien no son precarias, en tanto las cifras no superan las del distrito, tampoco es una localidad que lidere la creación y manejo de empresas propias o que cuente con una población con ingresos altos ni que supere la estratificación 4. Este panorama, nos brinda elementos claves para entender la composición de clase media que tiene la localidad y que implica unos retos para superar la pobreza multidimensional en barrios específicos de la UPZ Engativá (limite por el occidente con el parque Florida) y la

pobreza oculta o vergonzante que puede estar ubicada en UPZ como Jardín Botánico, Minuto de Dios y Boyacá real donde la urbanización acelerada ha dejado a varias familias en medio de barrios que anteriormente era residenciales y por ende, se encontraban lugares de comercio con precios acordes a sus ingresos, frente a barrios con mucha densidad poblacional por la construcción de propiedad horizontal y donde la estratificación ha cambiado, considerándose hoy, más cercada al estrato 3 y 4 (35).

Indicadores del mercado laboral

La Tasa Global de Participación -TGP- representa el porcentaje de la Población Económicamente activa -PEA- que participa en el mercado laboral, ya sea trabajando o buscando empleo. Para la localidad de Engativá en el 2021 la TGP fue de 63,9% encontrándose por encima de la cifra de Bogotá (63,7%) y ubicándose en la posición 14 a nivel distrital, siendo más alta en la población de 29 a 49 años. La TGP fue más alta en hombres que en mujeres, lo que indica una desigualdad de género en el acceso y la participación en el mercado laboral (36).

Adicionalmente, la tasa de ocupación es otro de los principales indicadores del mercado laboral, se obtiene relacionando el porcentaje de la población ocupada y el número de personas que integran la Población en Edad de Trabajar -PET-. Según la EM del 2021, la localidad de Engativá registró una tasa de ocupación de 56,6% presentando una disminución del 0,9 p.p. con respecto a 2017 (57,5%), esta caída, aunque menos pronunciada que la tasa distrital (55,3%), puede indicar una posible pérdida de empleos o un aumento en la precariedad laboral. La diferencia de la tasa de ocupación por género también es notable, los hombres presentaron un indicador de 64,7%, mientras que para las mujeres fue de 49,5% (36).

Por otra parte, la localidad de Engativá para el 2021 registró una tasa de desempleo de 11,4%, presentando un aumento de 3,8 p.p. respecto al 2017 (7,6%), aunque esta cifra es inferior a la tasa distrital (13,2%), el aumento del indicador destaca un desafío creciente de la población en búsqueda de empleo. La tasa de desempleo para las mujeres fue de 11,1% mientras que en los hombres fue de 11,6% (36).

Ocupación: formal - informal

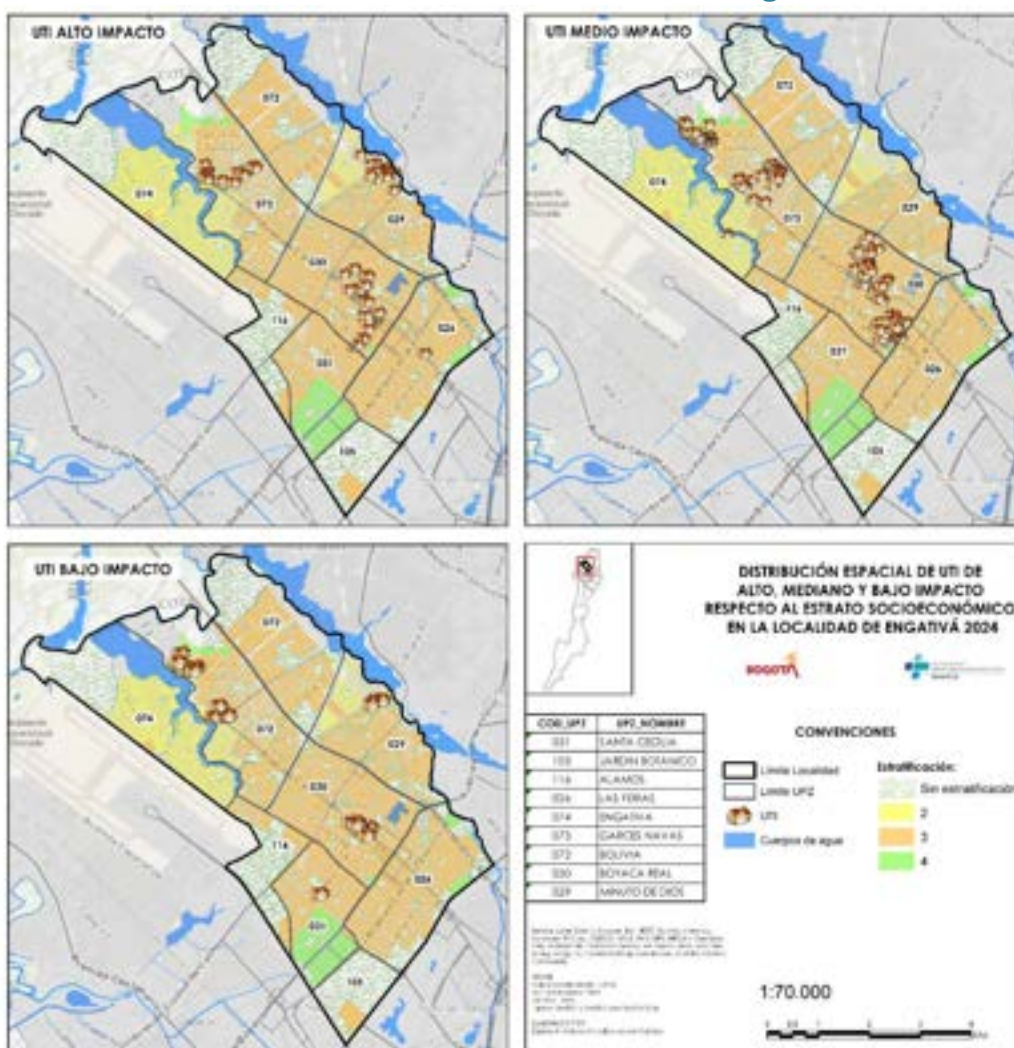
La informalidad laboral es un fenómeno creciente en Colombia y en el Distrito Capital, el cual, según la Organización Internacional del Trabajo -OIT-, incluye toda actividad económica remunerada pero que no se encuentra registrada, regulada o protegida por marcos legales y normativos. En esta modalidad los trabajadores no cuentan con contratos, prestaciones y en muchos casos ni siquiera con los instrumentos e implementos necesarios para desarrollar sus labores de forma segura (37).

En el Distrito Capital, a través de las Subredes Integrales de Servicios de Salud se ha logrado, por medio del Entorno Laboral, realizar una vigilancia y categorización de las Unidades de Trabajo Informal -UTI-, según los riesgos que el desarrollo de las actividades implica para los trabajadores y el entorno. Las UTI de alto impacto, son aquellas en las que los trabajadores se encuentran en contacto con sustancias químicas, las de impacto medio son aquellas en las que se realizan procesos para la transformación de materia prima o prestación de servicios y las de bajo impacto son aquellas en las que se realizan venta o prestación de servicios en la calle (38).

Durante el año 2023 en la localidad de Engativá se abordaron 356 UTI, ubicadas en las UPZ: Garces Navas, Minuto de Dios, Boyacá Real y Santa Cecilia, de las cuales el 60,1% (n=214) son de impacto medio, el 28,1% (n=100) de alto impacto y el 11,8% (n=42) de bajo impacto.

Con respecto a la distribución espacial de las UTI de impacto medio que representan el mayor número identificado en la localidad, el 100% se distribuye en partes iguales en las UPZ Boyacá Real y Garces Navas, seguidas por las UTI de alto impacto concentradas principalmente Boyacá Real con el 36%, seguida por Minuto de Dios con 33 %, Garces Navas 30% y Las Ferias con el 1%, y las UTI de bajo impacto con el 40 % en Garces Navas, 38% en Boyacá Real, 17% Minuto de Dios y el 5% en Santa Cecilia (Ver **Mapa 5**).

Mapa 5. Distribución espacial de UTI de alto, mediano y bajo impacto respecto al estrato socioeconómico en la localidad de Engativá 2024



Fuente: mapa de referencia IDECA actualizada junio 2024. UTIS 2023 Equipo Gestión y Análisis para las Políticas

Las UPZ Boyacá Real y Garcés Navas destacan como los territorios con mayor identificación de UTI de bajo, mediano y alto impacto. Factores como la alta densidad poblacional y la

vulnerabilidad económica en parte de su población, contribuyen a la proliferación de diversas formas de producción, principalmente informales. Estas UPZ concentran espacios que podrían considerarse nodos de actividad económica, aspecto que atrae a población residente y foránea con necesidades específicas, lo que representa para muchos una oportunidad de generar ingresos (Ver **Mapa 5**).

En la localidad, la mayor cantidad de enfermedades derivadas de la ocupación en UTI, se concentran principalmente en actividades relacionadas con: vendedores y demostradores de tiendas, almacenes y afines, peluqueros de belleza y afines y mecánicos, ajustadores de vehículos de motor (39).

Educación

De acuerdo con información de la Secretaría de Educación, la proyección de la Población en Edad Escolar -PEE- de la localidad de Engativá para el 2022 fue de 103.351 habitantes, lo cual correspondía al 9,3% del total de PEE de la ciudad ($n=1.164.630$) ocupando la quinta posición en el Distrito con relación a las demás localidades. Por rangos de edad, el mayor porcentaje de la PEE se agrupó entre los 6 y 10 años con el 40,7%; en el rango entre 11 y 14 años se concentró el 33,6% y de 15 y 16 años el 17,7%, mientras que los niños y niñas de 5 años representaron el 8,0% (40).

De otro lado, para el 2022 el número de instituciones que ofrecían educación oficial se distribuían en 36 colegios con operación en 67 sedes, de los cuales 33 eran distritales y funcionaban en 64 sedes; dos colegios se encontraban bajo la modalidad de administración contratada y un colegio privado con matrícula contratada. Entre 2018 y el 2022, la tasa de cobertura bruta de la localidad presentó una tendencia decreciente con una reducción de 9,3 p.p. y registrando un promedio de 102,0%, siendo los años 2021 y 2022 los únicos en que el indicador es menor al 100%. Durante el periodo analizado la tasa de cobertura fue menor a la registrada por Bogotá (40) (ver **Tabla 3**).

Casi todos los niveles educativos registran disminución en su tasa de cobertura, no obstante, se evidencia en el nivel de básica primaria la mayor reducción (15,7 p.p.) seguida de preescolar (15,1 p.p.) y la menor en básica secundaria (6,3 p.p.). De otra parte, preescolar fue el único nivel que no alcanzó el 100% en al menos un año, mientras que básica secundaria lo superó en todos (40) (ver **Tabla 3**) (ver **Anexo 5**).

Tabla 3. Tasa de cobertura bruta por nivel educativo, localidad Engativá y Bogotá, 2018-2022

Nivel Educativo	2018	2019	2020	2021	2022
Preescolar	89,9	86,3	80,5	74,1	74,9
Primaria	105,8	101,5	96,7	91,7	90,0
Secundaria	116,4	116,2	113,0	111,9	110,1
Media	100,8	98,2	99,7	99,7	103,7
Engativá	107,3	104,6	101,4	98,5	98,0
Bogotá	107,6	106,1	103,0	101,3	99,1

Fuente: Matrícula oficial 2018 SIMAT, fecha de corte 28 de febrero. 2019-2022 SIMAT fecha de corte 31 de marzo. Matrícula no oficial 2018-2019 imputada del Censo C-600 de cada anualidad. 2020-2022

SIMAT fecha de corte 30 de septiembre. Proyecciones y retroproyecciones de población con base en el CNPV 2018.

Ahora bien, luego de dar un panorama generalizado de los comportamientos de algunos indicadores que nos pueden dar indicios de los determinantes estructurales, es importante dar una mirada general frente a algunos determinantes intermedios y el comportamiento territorial frente a dichas categorías. Son estos determinantes en los cuáles, los sistemas de salud y las políticas públicas, pueden tener una injerencia más directa y donde los programas y procesos pueden generar relaciones integrales y recíprocas que permitan estrechar las brechas sociales y generar mecanismos que faciliten el acceso a una calidad de vida decente y garantizar una salud plena en todos los territorios. Según la CDSS, los determinantes intermedios se agrupan de la siguiente manera.

Condiciones materiales de la vida

Incluyen determinantes asociados al medio ambiente físico tales como la vivienda, el barrio o el municipio; al medio laboral, como las condiciones de trabajo y empleo, la alimentación, el vestido, etc. (34).

De acuerdo con la EM del 2021 la cobertura de servicios públicos de la localidad de Engativá fue del 100% para acueducto y energía eléctrica, esto indica un nivel relativamente alto de infraestructura y acceso a servicios esenciales, lo que generalmente se asocia con una mejor calidad de vida. En cuanto a la recolección de basura y alcantarillado la cobertura fue del 99,9% y 99,7% respectivamente, mientras que el servicio de gas natural presentó la menor cobertura con el 95,8% (14) (ver **Anexo 5**).

Contexto psicosocial

Se refiere a aspectos psicológicos del individuo en relación con el contexto y las circunstancias sociales en que vive: afectos, emociones, tipo de respuesta ante circunstancias adversas, grado de control sobre la propia vida (locus de control), respuesta al estrés, estrategias de afrontamiento, redes sociales, apoyo social, etc. (34).

De acuerdo con información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas -VESPA- para el 2024 en la localidad de Engativá se notificaron 1.107 casos que corresponden al 9,8% de los casos del Distrito (n=11.296). En cuanto a las condiciones demográficas de la población el 75,6% (n=837) eran hombres, las edades más frecuentes estuvieron entre 27 a 44 años con el 44,4% (n=492); en cuanto el nivel educativo el 21,5% (n=238) tenía secundaria incompleta y el 38,6% (n=427) secundaria completa (41).

Por otra parte, las sustancias con mayor proporción de consumidores fueron la marihuana, el tabaco y el alcohol con un reporte de consumo de 65,1%, 45,0% y 42,4% respectivamente. Las UPZ donde se presentó mayor consumo abusivo de sustancias psicoactivas fueron Bolivia, Garcés Navas y Boyacá Real, las cuales aportaron el 58,0% de los casos (41).

Teniendo en cuenta el documento de Estudios Distritales de Consumo de Sustancias Psicoactivas para el 2022, Engativá presentó una prevalencia de consumo actual de alcohol fue del 38,0%, en cuanto a la prevalencia de consumo actual de tabaco fue del 16,5% y la prevalencia de consumo actual de cualquier droga ilícita fue del 5,1%, evidenciándose que el consumo actual de tabaco y de cualquier droga ilícita para la localidad fue superior a la

prevalencia calculada en el Distrito que se encontraba en 15,6% y 4,5% respectivamente (42). (ver **Anexo 5**).

Por otro lado, la violencia intrafamiliar incluye diversas expresiones dentro de las cuales se encuentran la violencia física, económica, emocional, el abandono y la negligencia. De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el maltrato Infantil y la Violencia Sexual -SIVIM- para la localidad de Engativá en 2023 se reportaron un total de 3.957 casos de violencia (tasa de 484,3 víctimas por cada 100.000 habitantes) mostrando un incremento del 72,3% respecto al 2019 en el cual se notificaron 2.232 casos (tasa de 278,0 víctimas por cada 100.000 habitantes) (43) (ver **Anexo 5**).

Teniendo en cuenta el sexo de la víctima el 71,1% (n=2.815) de las notificaciones correspondían a mujeres que cursaban principalmente la adolescencia y la adultez, mientras que en los hombres el mayor número de casos se presentaron en la infancia y adolescencia; según el nivel educativo de las víctimas la mayoría tenía primaria y secundaria incompletas. El mayor número de casos se presentaron en la vivienda, identificando a la madre como el principal agresor, seguido de la pareja y el padre (43).

Cohesión social

Es un término sobre el que no existe un consenso amplio a la hora de definirlo. Se relaciona con el grado de integración social, la presencia de fuertes vínculos comunitarios, altos niveles de participación ciudadana en actividades cívicas y confianza en los demás. Mientras el contexto psicosocial se refiere a características y respuestas de los individuos en la relación con otras personas, la cohesión social tiene una vertiente referida a las relaciones que se establecen entre los individuos y entre sus organizaciones dentro de un contexto identitario (sean países, comunidades, ciudades o grupos específicos). Supone cierta visión compartida sobre problemas comunes, entre los que destaca una actitud de solidaridad y protección ante situaciones de desventaja que puedan sufrir los miembros de esa comunidad, especialmente la pobreza (34).

A nivel general este es uno de los aspectos más críticos a nivel público, ya que, no se cuenta con un nivel importante de participación, siendo la población adulta mayor la que más participa en dichos espacios convocados por la institución. Se dejan de lado otras iniciativas comunitarias, especialmente las iniciativas de orden social promovidas desde otros sectores poblacionales o desde las juventudes; ya sea por su desconocimiento en la gestión local o por la falta de confianza que se generan con las entidades distritales. Según los datos proporcionados en Salud Data la localidad cuenta con 19 personas que participaron de espacios o instancias de participación social en salud (44).

Estilos de vida

incluye los hábitos de vida con su influencia protectora o perniciosa para la salud: ejercicio físico, dieta, hábito tabáquico, consumo de alcohol, etc. (34).

Para la localidad de Engativá se han identificado algunos indicadores que permiten una aproximación al estado nutricional de los habitantes de la localidad. En cuanto a la proporción de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses para el 2023, se evidenció que el 88,6% de los menores fueron alimentados exclusivamente con leche materna, mostrando un

incremento del 57,7% con respecto a 2019 (56,2%) y para 2023 el indicador se encontraba por encima de la proporción Distrital (82,6%) (45) (ver **Anexo 5**).

Por otra parte, para 2024 la proporción de Bajo Peso al Nacer -BPN- (peso al nacer inferior a 2.500 gr.) fue del 15,4%, evidenciando un indicador inferior en un 5,4% con respecto a Bogotá (16,5%). Es de resaltar que el BPN presenta tendencia al aumento desde el 2021, no obstante, durante los últimos dos años mantuvo la misma proporción (46) (ver **Anexo 5**). Este comportamiento podría estar relacionado con el estado nutricional de las gestantes, evidenciando que en la última década en la localidad la proporción de mujeres con exceso de peso se ha incrementado pasando de 31,9% en 2013 a 50,7% en 2023 (47), lo cual podría incurrir en complicaciones maternas como preeclampsia, eclampsia, entre otras, que llevan a situaciones como partos pretérmino y por lo tanto recién nacidos con BPN.

Respecto al estado nutricional en menores de 5 años, se evidencia en los últimos 3 años incremento en la prevalencia de desnutrición global y de retraso en talla. Para el 2023, la prevalencia de desnutrición global fue de 5,9% y la prevalencia de retraso en talla se registró en 12,8%, ambos indicadores estuvieron por debajo de la proporción del Distrito (6,3% y 14,9% respectivamente) (ver **Anexo 5**). Por otra parte, la prevalencia de DNT Aguda se redujo en los últimos tres años pasando de 3,3% en 2020 a 1,9% en 2023, mientras el exceso de peso registra un comportamiento variable con reducción del 5,7% para el 2023 con respecto al año anterior (48).

En cuanto al estado nutricional en mayores de 5 años, se evidencia tendencia al alza de la delgadez, mientras que el exceso de peso está disminuyendo, siguiendo un comportamiento similar al distrital. Cabe destacar que el grupo de edad entre 5 a 17 años para 2023 presentó una proporción de delgadez de 2,9% encontrándose por encima del indicador distrital (2,8%) (49).

Otro aspecto a tener en cuenta frente a los estilos de vida de las personas que residen en la localidad tiene que ver con sus prácticas y hábitos de autocuidado, relacionado a la actividad física. En este sentido se identifica que el 45,6% no hace ejercicio. 12,7% hace menos de 1 vez a la semana; 22,8 % realiza actividad física de 1 a 2 veces por semana; y el 18,8% realiza actividad física más de 3 veces a la semana (50).

A continuación, se hará una comprensión más detallada frente a los determinantes intermedios anteriormente mencionados y su relación con algunas poblaciones que cuentan con algún tipo de vulnerabilidad, cómo se relacionan con el territorio, de qué manera se desarrollan las relaciones inter subjetivas y qué situaciones surgen a partir de estas interacciones, su posición social, poblacional, territorial y de género

2.2 Eje de género

El *género* según la OMS se refiere a los roles y características sociales asignados a hombres, mujeres y personas con identidades no binarias y puede variar a lo largo del tiempo y entre culturas. A diferencia del sexo, que se refiere a las características biológicas, el género es un constructo social que puede generar desigualdades en salud. Las personas que no se ajustan a las normas de género a menudo experimentan estigmatización, discriminación y exclusión social, lo que afecta negativamente su bienestar (51). Es fundamental reconocer que el género

se interseca con otras categorías sociales, como la raza, la clase y la discapacidad, creando múltiples formas de opresión (52). Las normas de género, arraigadas en estructuras sociales y políticas, influyen en la distribución de poder y recursos, y pueden aumentar la vulnerabilidad de ciertos grupos a problemas de salud. Al analizar el género como determinante social de la salud, es necesario cuestionar las normas y prácticas que perpetúan las desigualdades y trabajar hacia una transformación de los sistemas que promuevan la equidad en salud (53).

Para la comprensión de los determinantes intermedios, este acápite se centrará en comprender la información relacionada a las inequidades basadas en el sexo/género y la relación con las afectaciones e impactos en salud. Es así como se plantean los determinantes relacionados a las circunstancias materiales, factores conductuales, psicosociales y culturales, finalizando con un acercamiento frente a las violencias basadas en género -VBG-.

Personas LGBTIQ+

En un mundo conceptualizado en términos duales (masculino-femenino), identificarse como una persona trans implica transgredir normas profundamente arraigadas, ya que "la tradicional concepción de lo que es ser mujer u hombre marca los parámetros de comportamiento de una persona". Esta dinámica binaria sitúa a las personas trans en una posición de "otredad", lo que las expone a discriminación, violencia y, en casos extremos, a amenazas para su vida. Una de las mayores amenazas a la salud de las personas trans es la alta prevalencia de violencia física, a menudo mortal (54).

A pesar de estos retos, la población trans se ha caracterizado por su diversidad y ha logrado avances relevantes en la visibilización de sus derechos. Sin embargo, siguen enfrentando desafíos, como la discriminación, la violencia y el acceso limitado a servicios de salud. La pandemia de COVID-19 agravó aún más estas condiciones, exponiendo a la comunidad trans a mayores riesgos (54). Si bien las necesidades de las mujeres y los hombres trans pueden variar, ambos grupos comparten la necesidad de una atención de salud integral y libre de discriminación.

Por otra parte, para comprender las condiciones de salud de las mujeres trans, es necesario señalar que ser una mujer trans no es considerado una patología o trastorno mental. Sin embargo, uno de los mayores desafíos y menos atendidos es su salud mental. Aunque en los marcos de atención se busca prevenir enfermedades de transmisión sexual, como el VIH, y otras afecciones crónicas, así como los efectos derivados de la autoadministración de hormonas y otras modificaciones corporales, otros aspectos holísticos de la salud que garanticen una vida plena y saludable siguen siendo ignorados (54).

Las mujeres trans enfrentan desafíos particulares debido a la intersección de género y otras formas de opresión. La discriminación basada en género y los estándares estéticos impuestos por la sociedad dificultan su inserción laboral y su acceso a una vida digna. Históricamente, muchas mujeres trans han experimentado desplazamiento forzado, exclusión familiar y violencia, lo que ha limitado su acceso a educación y empleo. A pesar de estos obstáculos, la comunidad trans y en especial las mujeres trans, han demostrado una gran resiliencia y han luchado por la autoafirmación y la aceptación social (54).

Las experiencias de las personas LGBTIQ+ son diversas y están influenciadas por factores como el género, la identidad, la migración y la situación socioeconómica. Por ejemplo, las

mujeres trans migrantes que ejercen Actividades Sexuales Pagadas -ASP- enfrentan las condiciones laborales más precarias. Según Aid for Aids, las mujeres trans son las que más horas dedican al trabajo sexual (13,9 horas diarias), en comparación con las mujeres cisgénero (9,4 horas), los hombres cisgénero (9,5 horas) y los hombres trans (7,3 horas). Debido a la discriminación y las barreras para acceder a empleos formales, el trabajo sexual se convierte en una de las pocas opciones para garantizar su supervivencia (55).

Para la localidad de Engativá se determina que de las personas que realizan ASP el 4,1% corresponde a población LGBTIQ+, mientras que el 5,3% no se reconoce dentro de esta población. Las localidades de Barrios Unidos, Santa Fe y Engativá agrupan el 36,1% de la población no LGBTI que realiza ASP (55). Según el estudio de la Dirección de Diversidad Sexual Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá, es necesario resaltar que en Engativá el 11,9% de las personas residentes percibe a las personas de los sectores LGBTI como un riesgo (54).

Mujer

El género y los roles de género tradicionales exponen a las mujeres a un mayor riesgo de diversas enfermedades. Más allá de las condiciones biológicas propias de su sexo, son las desigualdades sociales y culturales asociadas al género las que subyacen en muchas de las enfermedades que afectan a las mujeres en todo el mundo. De hecho, la OMS ha declarado que, si bien las mujeres son más longevas, éstas presentan una mayor tasa de morbilidad que los hombres, es decir, tienen menor calidad de vida. Aspectos como, la violencia, las prácticas de mutilación femenina, el VIH/SIDA, el matrimonio infantil, el embarazo adolescente, la malnutrición son entre otros, factores determinantes (53).

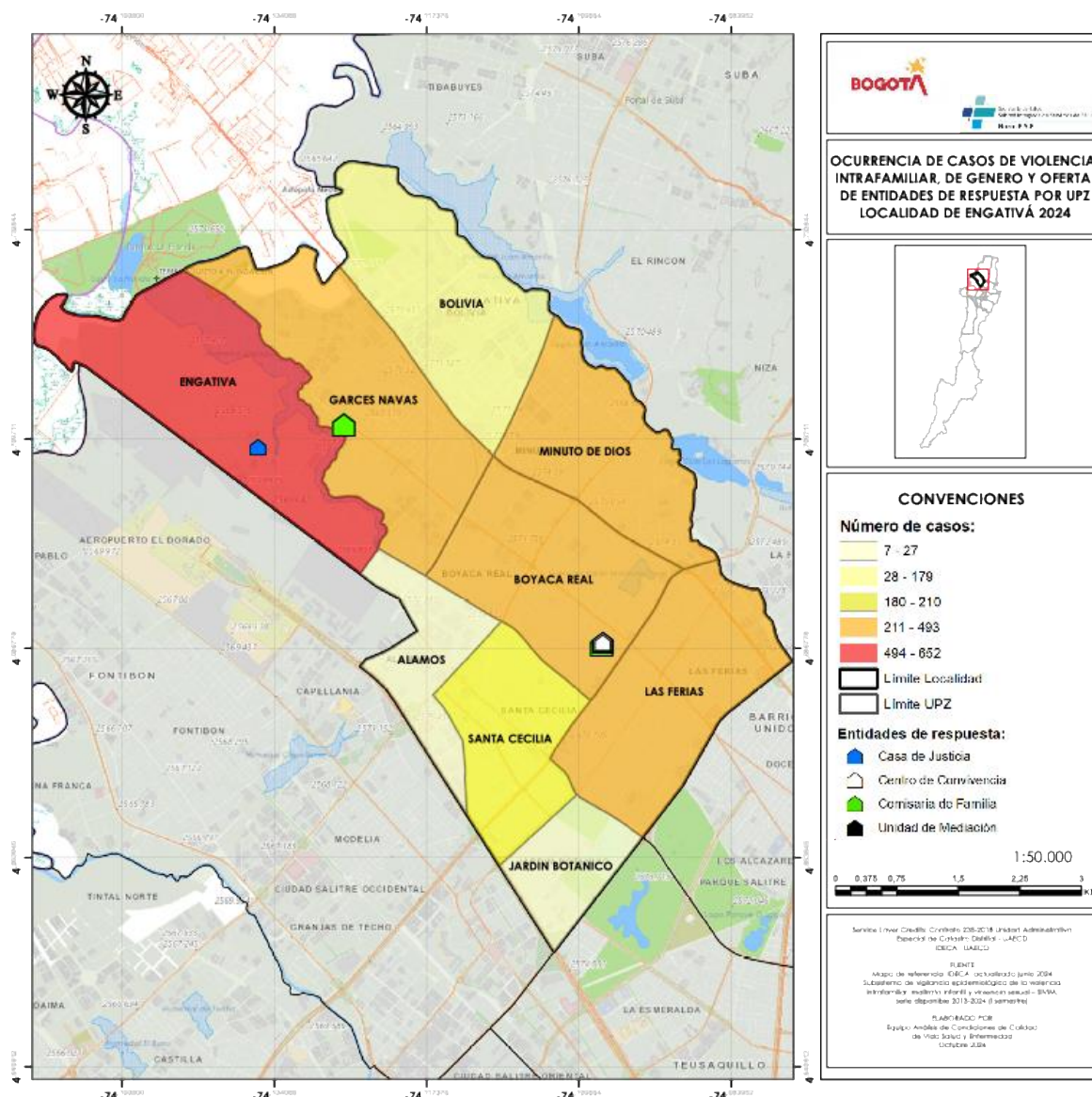
De acuerdo con la información del SIVIM para el 2023 en Engativá se notificaron 2.815 casos de violencia contra la mujer (tasa de 655,3 víctimas por cada 100.000 mujeres), evidenciando incremento de casos desde el 2021. Cabe aclarar que para el 2023, la tasa de notificación de violencia hacia la mujer de la localidad fue inferior a la distrital en un 16,0% (tasa de 780,3 víctimas por cada 100.000 mujeres) (43) (ver **Anexo 5**). El aumento de casos puede estar relacionado con los cambios en el reporte de VBG durante la emergencia por COVID-19, de forma que las llamadas y otro tipo de contactos con la Ruta de Atención a VBG (por ejemplo, WhatsApp) aumentaron entre marzo y julio de 2020, a la vez que los reportes realizados al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, así como las denuncias reportadas en la Policía disminuyeron, lo cual indica un cambio en la forma de reporte y denuncia de las violencias (56).

Para el 2023 el mayor número de casos de violencia hacia la mujer se presentaron en la vivienda (80,4%) y relacionaron a la pareja como el principal agresor (19,5%), seguido de la madre (14,8%). Por MCV las mujeres cursaban principalmente la adolescencia (29,5%) y la adultez (23,0%), según el nivel educativo de las víctimas, la mayoría tenía secundaria incompleta (31,4%) y secundaria completa (14,9%). Según el lugar de procedencia el 4,4% (n=124) de los casos de violencia notificados eran de mujeres extranjeras de procedencia venezolana. La violencia se presentó más frecuentemente en los estratos 2 y 3, en las UPZ Engativá, Garcés Navas y El Minuto de Dios (43) (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

En cuanto a los tipos de violencia ocurridas en instituciones de salud, la mayor proporción corresponde a la violencia emocional con 49,4% (n=169), seguida de negligencia con 30,1%

(n=103), violencia sexual con 10,8% (n=37) y física con 9,6% (n=33) de los casos, evidenciando un comportamiento similar a nivel distrital. La notificación de estos casos que se registra en Engativá (11,7%). La localidad de Engativá ha sido catalogada como una de las zonas con mayor índice de inseguridad para las mujeres a nivel distrital (56).

Mapa 6. Ocurrencia de casos de violencia intrafamiliar, de género y oferta de entidades de respuesta por UPZ localidad de Engativá 2023



Fuente: mapa de referencia IDECA actualizada junio 2024. Subsistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual – SIVIM-, serie disponible 2013-2024 (I semestre). Datos tomados del Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData.

Un aspecto relevante en la población de mujeres que habita Engativá, es que identifican el espacio público como una zona insegura en los pasos peatonales y en los parques ya que se ha percibido la presencia de personas morbosas o perversas, pandillas y habitantes de calle. Si bien la posibilidad de que las mujeres sean agredidas o atacadas se encuentra latente en todo momento, el hecho de que las mujeres se sientan inseguras en el espacio público en las

horas de la noche vulnera su derecho a la movilidad y atenta contra su libertad; de igual forma, limita sus oportunidades de acceder a la ciudad en los planos culturales, sociales y económicos, lo que, a su vez atenta contra su autonomía, pues se ven en la obligación de salir en grupos o acompañadas. Esto reduce sus posibilidades y las circunscribe a ámbitos privados, en particular en horas nocturnas (56).

Respecto a los lugares donde ocurrieron los hechos notificados en el sistema de información PQRS—herramienta que permite conocer la percepción de la ciudadanía sobre la calidad en la atención en salud y detectar posibles fallas en la prestación de los servicios—, estos se concentran en las localidades de Engativá, Usaquén, Suba y Barrios Unidos. En particular, el 20,9% de los casos se registraron en el Hospital Engativá Calle 80, seguido por el Hospital Simón Bolívar con el 18,8%, el Hospital Centro de Servicios Especializados - CSE con el 13,9% y el Hospital de Chapinero con el 12,9%. En conjunto, estas instituciones de salud de II y III nivel de complejidad representan el 66,5% de los casos reportados (56).

La localidad cuenta con dos comisarías de familia, una en la UPZ Garcés Navas y otra en Boyacá Real, además de una unidad de mediación, un centro de convivencia y una casa de justicia, todos ellos ubicados en Boyacá Real y Engativá. Si bien, Boyacá Real concentra una parte importante de los casos registrados, Engativá, que ocupa el primer lugar y dispone de una sola institución para atenderlos. Esto, sumado a su alta densidad poblacional, podría generar una mayor presión sobre la capacidad de respuesta. Por ello, es fundamental una distribución estratégica de estas instituciones, permitiendo la implementación efectiva de acciones de prevención y atención, reduciendo barreras de acceso y acercando la institucionalidad a la comunidad (ver **Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

2.3 Eje territorial

La localidad de Engativá, también conocida como «La Puerta del Sol», fue habitada durante la época prehispánica por el pueblo indígena muisca. Su nombre deriva de los vocablos chibcha inga, asociado a lo ameno, y tiva, asociado a señor, lo que se traduce como «Señor de lo ameno o de lo sabroso». Este asentamiento muisca estaba ubicado en una zona caracterizada por la presencia de cuerpos de agua, tales como arroyos, quebradas y lagunas, y esto le confirió a la población una ubicación privilegiada al contar con tierras de gran fertilidad y aguas ricas en peces. El río Funza o Bogotá era, hasta hace unas décadas, un recurso fundamental; allí se obtenía el agua para los quehaceres del hogar, y se acudía para nadar y realizar otras actividades de divertimento y recreación paisajística (35).

Con la abolición de los resguardos indígenas durante la independencia, entre 1856 y 1858 fue eliminado el concepto de propiedad comunitaria de la tierra y esta empezó a ser distribuida y repartida de forma individual. El cambio en la distribución de la tierra llevó a que algunos políticos, el clero y «gente pudiente» aprovechara para hacerse a grandes propiedades de tierra y pusiera a girar el desarrollo de la localidad en torno a la producción agropecuaria. Los indígenas fueron dejados en la miseria, desterrados y convertidos en peones de jornal; y las tierras de su resguardo, así como en Bosa, Soacha, Fontibón, Cota y Zipacón, les fueron expropiadas (35).

Antes de la anexión al Distrito, el municipio de Engativá se encontraba dividido en 11 veredas: Bolivia, Boyacá, Cama Vieja, Cune, El Centro, Gaitán - París, La Florida, Las Granjas, Pueblo Viejo, Puerta Grande y San Joaquín. Se encontraba a 17 km de Bogotá, tenía 37 km² de

superficie, y su población no superaba los 10.000 habitantes, quienes mantenían la vocación agropecuaria (35).

Actualmente, el territorio ha sido determinado como una unidad político-administrativa por medio de la cual, las instituciones del Estado despliegan las políticas públicas, y estrategias específicas de la gestión pública, que incluyen el primer nivel de atención de salud en una zona geográfica específica (57). En la localidad de Engativá, a partir de un ejercicio desarrollado por coordinación local, se identificaron tres territorios de cuidado de la salud: el Territorio biodiversidad y huella urbana, conformado por las UPZ Engativá, Garcés Navas, Bolivia y Minuto de Dios. Posee una gran riqueza natural gracias a la presencia de áreas protegidas, parques urbanos y corredores ecológicos como la cuenca del río El Salitre o Juan Amarillo, el río Bogotá y los humedales Juan Amarillo y Jaboque. La fauna silvestre, que en su mayoría se ubica en los ecosistemas de humedal, es diversa; se encuentran como parte de ella mamíferos, aves, reptiles, artropofauna y macroinvertebrados. Algunas especies son endémicas de estos ecosistemas y otras, dentro de las aves, se caracterizan por ser migratorias (58).

El Territorio convivencia residencial y comercial, conformado por las UPZ Boyacá Real, Las Ferias y Álamos, tuvo durante mucho tiempo un carácter, esencialmente, residencial; pero, se ha transformado a un uso comercial. El 29,62% de la población de la localidad vive en este territorio que representa el 31,42% del suelo de la localidad. Los procesos críticos identificados en el territorio se relacionan con la expansión comercial, la migración y las territorialidades étnicas en el contexto urbano. Las estructuras de microtráfico de sustancias psicoactivas que se asocian con agrupaciones de habitantes de calle en las UPZ Las Ferias y Boyacá Real (58). Finalmente, el Territorio vulnerabilidad e institucionalidad: conformado por las UPZ Jardín Botánico y Santa Cecilia, representa el 13,11% del suelo de la localidad, concentra el 8,61% de su población, y cuenta con instituciones educativas y complejos recreativos, privados y distritales, que acogen a población del territorio, la localidad y el resto de la ciudad (58).

Ahora bien, frente a las afectaciones en salud se comprende que las características y organización del sistema sanitario en cada contexto se convierten en un determinante intermedio de la salud, especialmente a través de la accesibilidad y grado de utilización de los servicios sanitarios según se pertenezca a un grupo social u otro (34). Los factores que se asocian a la utilización que las personas hacen del sistema sanitario se describen con más detalle a continuación, por medio de los indicadores en la cobertura de afiliación, vacunación y la oferta de servicios de salud.

Asimismo, aspectos que tienen que ver con la transformación territorial, el uso del suelo y las dinámicas de relacionamiento con el espacio, son cruciales para comprender nuevas lógicas de asentamiento y las constantes migraciones internas que recibe la localidad. Los predios hace unos años se han ido transformado en el territorio, ya que inicialmente lo que eran casa-lotes se adaptaron en bodegas, fábricas, empresas, «residencias» (moteles), y establecimientos de venta de bebidas alcohólicas o actividades sexuales pagadas, asimismo las zonas de la localidad que eran residenciales se adaptaron a hogares de paso como inquilinatos donde habitan familias numerosas provocando hacinamiento y baja calidad de vida, fomentando la migración y la llegada de personas extrañas al territorio y finalmente se ubican también barrios que anteriormente eran casas de uno o dos niveles a espacios

urbanizados y con densidad poblacional gracias a la construcción masiva de edificios residenciales (35).

Cobertura de afiliación a salud

El aseguramiento en salud es una estrategia de política pública diseñada para lograr el acceso oportuno, efectivo y equitativo de la población a los servicios de salud para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (59). En Engativá las cifras de población asegurada con corte diciembre de 2023 permiten identificar que la cobertura de afiliación fue del 99,5% (n= 813.055), según el régimen de afiliación el 85,2% se encuentra afiliado a régimen contributivo, el 12,1% a régimen subsidiado y el 2,7% a régimen de excepción (60) (ver **Anexo 5**).

Cobertura de vacunación

De acuerdo con las coberturas derivadas de la meta anual establecida por el MSPS para la localidad de Engativá, se observan resultados diferenciados por biológico, de la siguiente manera:

Vacunación pentavalente en niños menores de 1 año (tercera dosis): Las coberturas entre 2013 y 2023 se mantuvieron por encima del 83,0%, excepto en 2020, 2021 y 2022. En 2023 las coberturas mostraron un aumento del 23,6% en comparación con el año anterior pasando de 70,0% a 86,5%. En el 2024, la cobertura de este biológico fue de 112,0% alcanzando la cifra más alta del periodo (61) (ver **Anexo 5**).

Vacunación triple viral en niños de 1 año (primera dosis): Las coberturas entre 2013 y 2019 oscilaron entre 80,6% y 106,4%, a partir de 2020 se evidencia disminución del indicador alcanzado para el 2022 una cobertura de 68,7%, no obstante, para el 2023 presentó un incremento del 15,6% pasando a 79,4%. Para el 2024, la cobertura para este biológico fue del 94,7% (61) (ver **Anexo 5**).

Vacuna triple viral (refuerzo en niños de 5 años): Entre 2013 y 2022, las coberturas se mantuvieron por encima del 80,0%, excepto en 2014 (65,0%); el pico más alto se presentó en 2018 (98,0%). Por cambios en el esquema de vacunación⁸, el biológico trazador a partir del 2023 para niños de 5 años es el segundo refuerzo de DPT (difteria, tétanos y tos ferina), cuya cobertura en 2024 fue de 98,0% (Distrito 81,7%) (61) (ver **Anexo 5**).

Indicadores oferta de servicios de salud

Respecto a los indicadores de oferta de servicios de salud, en Engativá para el 2023 el 90,7% de los nacidos vivos registró cuatro o más consultas de control prenatal, mientras que a nivel Distrital fue de 89,8%. Con relación a la atención del parto para el mismo año se tiene una cobertura de parto institucional del 99,9%, asimismo, el porcentaje de partos atendidos por personal calificado fue del 99,8%, lo que contribuye a reducir el riesgo y las complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido (62) (ver **Anexo 5**).

⁸ A partir de enero de 2023, el refuerzo de la vacuna triple viral dejó de ser un indicador trazador en niños de 5 años, esta vacuna se administra ahora a los 18 meses para garantizar las dos dosis requeridas a una edad más temprana.

Cabe mencionar que, frente a la oferta de servicios especializados de tercer nivel, la localidad cuenta con la Clínica Santa Teresita de Normandía, igualmente cuenta con entidades de segundo nivel reconocidas por el manejo de especialidades como: la Unidad de Servicios de Salud Engativá Calle 80 que cuenta con un importante servicio en imágenes diagnósticas y laboratorio clínico y la Clínica Santa María del Lago con servicios en psiquiatría y psicología (63).

2.4 Eje poblacional

Para culminar este capítulo es importante entonces reconocer y comprender los determinantes sociales intermedios de las poblaciones vulnerables, cómo se desarrollan dichas dinámicas poblacionales en la localidad y de qué manera habitan el territorio, así como la identificación de factores culturales, conductuales y psicológicos que inciden en la cohesión social, los roles y actitudes que se instauran para cada una de estas poblaciones⁹.

Personas en situación de habitanza en calle – PSHC

De acuerdo con el VIII Censo de Ciudadanos Habitantes de Calle de Bogotá 2024, de las 525 personas entrevistadas en Engativá, el 58,9% llevaban seis años o más viviendo en calle. Entre las principales causas que los/as llevaron a habitar en la calle, destacan los conflictos de convivencia con familiares o personas con las que vivían, seguido del consumo de sustancias psicoactivas, con porcentajes del 39,4% y 25,1%, respectivamente. Esta última condición es también la razón por la cual el 49,7% continúan viviendo en calle. En cuanto a redes de apoyo, el 86,9% de las personas entrevistadas manifestó no recibir ayuda de familiares y solo el 5,0% refirió tener algún tipo de ayuda de instituciones oficiales. Además, el 3,0% manifestó contar con apoyo psicosocial, el 1,7% con apoyo para rehabilitación en consumo de SPA y el 4,4% con ayuda en servicios médicos (19).

Respecto al estado de salud, el 16,6% de las personas entrevistadas manifestó haber presentado algún problema de salud en los últimos 30 días. No se identificaron casos de intento de suicidio. Cuatro personas (0,8%) manifestaron haber sido diagnosticadas con tuberculosis y dos recibieron tratamiento. Asimismo, dos personas (0,4%) refirieron tener diagnóstico de VIH/SIDA, (una con tratamiento). Por otra parte, las/os entrevistados manifestaron que las sustancias de consumo más frecuente fueron el basuco (51,6%), la marihuana (12,2%) y el cigarrillo (10,7%) (19).

Igualmente, se identificó que el 36,6% de los entrevistados refirió que en la última semana pasó algún día completo sin comer, el 43,4% manifestó haber pedido en la calle los alimentos consumidos en la última semana, 42,5% los compró, mientras un 0,6% asistió a instituciones públicas para acceder a los alimentos, mientras un 0,6% asistió a instituciones públicas para acceder a los alimentos. En cuanto a fuentes de ingreso, el 53,7% recogió material de reciclaje, seguido de un 15,6% que consiguió dinero “pidiendo o mendigando” y un 15,0% limpiando vidrios, cuidando carros, tocando llantas, u otras actividades similares; cabe resaltar que, ocho personas manifestaron que consiguieron dinero robando y una informó que lo hizo ejerciendo actividades sexuales pagas (19).

⁹ Aunque en la localidad de Engativá hay presencia de población migrante, víctimas de conflicto armado, comunidades NARP y población con discapacidad, la información disponible de las condiciones de vida y necesidades de estos grupos poblacionales se encuentra a nivel distrital y no de la localidad, por lo cual no se incluye en este apartado del documento.

Finalmente, en cuanto a habilidades individuales relacionadas con la condición física y mental de las personas entrevistadas, el 93,5% refirió que puede aprender, recordar y tomar decisiones por sí mismo y sin ningún tipo de ayuda. En contraste, el 0,8% señaló que no puede realizar estas acciones, mientras que el porcentaje restante cuenta con algún grado de dificultad para hacerlo. Adicionalmente, el 95,8% refirió que puede relacionarse o interactuar con las otras personas sin dificultad, el 2,5% lo puede hacer con algo de dificultad y el 0,6% manifestó no poder hacerlo (19).

GRUPOS ÉTNICOS

Comunidades Indígenas

La localidad de Engativá es un punto importante para las comunidades indígenas, principalmente Muisca y kichwa. Acá es importante reconocer que, históricamente esta localidad ha sido habitada por la comunidad Muisca, por tanto, la relación con el territorio es extensa y de larga data; contiene lugares de gran carga espiritual y cosmológica, como los son los humedales y ríos que abrigan este territorio. Mientras que la comunidad Kichwa entiende que el territorio es cualquier lugar presente donde se encuentre, son ellos el ombligo o centro de su territorio. Si bien las comunidades optan por mantener sus prácticas tradicionales basadas en el equilibrio y uso de plantas medicinales, la localidad de Engativá se muestra como una gran alternativa de atención occidental, por la capacidad y oferta que se brinda allí. Por tanto, gran parte de la población indígena viene al hospital de Engativá para ser atendidos de la manera occidental. Por otro lado, para la comunidad Inga, este territorio hace parte de los lugares donde practica la etnomedicina siendo un territorio que queda a una distancia considerable del cabildo, pero que cuenta con un recurso territorial importante donde se le permite desarrollarse de una mejor forma para realizar diferentes actividades de tipo energético y sanador (26).

Otro aspecto importante a tener en cuenta en la localidad tiene que ver con la permanencia y asentamiento de la comunidad Embera que, si bien no cuenta con una representatividad colectiva, es una comunidad que permanece en el territorio y de la cuál es importante generar estrategias de caracterización y aproximación para el reconocimiento de sus prácticas ancestrales y el desarrollo pleno de sus costumbres. Asimismo es necesario mencionar que dentro del contexto que se encuentran actualmente, no hay una distinción clara desde el ámbito institucional para reconocer la diversidad intrínseca de la comunidad Embera; esto quiere decir que, dentro de la comunidad hay distinciones entre clanes y familias que en ocasiones no guardan una relación directa y armoniosa entre los pueblos como lo son las comunidades Embera Katio y los Embera Dobidá. Las condiciones de hacinamiento en las cuales vive la comunidad dificultan el desarrollo y garantía de derechos fundamentales, las desigualdades socioeconómicas, así como el acceso a diferentes servicios del distrito es limitada y condicionada, lo que significa una mayor comprensión diferencial para suplir la necesidad alimentaria, económica, educativa y de salud.

Es importante comprender acá que, de igual forma, alienarse a las prácticas y necesidades de la urbanización ha generado gran deterioro en sus prácticas culturales, el debilitamiento espiritual y físico, y sobre todo la desconexión e importancia sobre la medicina ancestral. Las comunidades actualmente se encuentran en un deterioro dado por el contexto urbano, por cuenta de la individualización, la necesidad y el abandono progresivo de aspectos relevantes

de la cultura propia. Por tanto, eventos como la conducta suicida tienden a repetirse y a crecer (26).

Finalmente, en cuanto a la comprensión de la salud, y las constantes confrontaciones entre la medicina tradicional y occidental, se evidencian dificultades relacionadas al reconocimiento e implementación del Sistema de Salud Indígena Propio e Intercultural – SISPI. Esta necesidad se presenta debido a la falta de articulación de los niveles Nacional y Distrital, donde se refleja la falta de adecuación institucional para la prestación de servicios de salud. La implementación del enfoque étnico diferencial ha estado orientada a implementar programas y proyectos que desconocen las diferencias de cada pueblo y sus saberes ancestrales, lo que conlleva a la pérdida de autonomía cultural, y por lo cual se terminan imponiendo los lineamientos distritales bajo una mirada que desvalorizan los procesos propios. Un ejemplo claro de este tipo de situaciones se evidencia en la falta de reconocimiento de prácticas ancestrales como la partería y sobandería, tal como lo establece la norma, pero que en los escenarios donde pueden realizarse cargan una connotación negativa, no científica, y de menor calidad (27).

2.5 Reflexiones Finales

Como se ha visto a lo largo de este capítulo es importante comprender los sistemas económicos que envuelven la vida social, los cuales determinan ciertas estructuras de comportamiento, acceso y garantía de derechos, los cuáles repercuten directamente en la calidad de vida de las personas, la relación con el territorio y con uno mismo.

Frente a la población diferencial, es importante resaltar diferentes aspectos relacionados con algunas dinámicas y tensiones sociales que afectan sus condiciones de vida y salud. En principio es importante reconocer que entre las PSHC se establecen nichos y grupos de migrantes venezolanos que disputan el territorio y diferentes oficios como el reciclaje con otras PSHC que se han establecido en la localidad históricamente, esto genera riñas y escenarios de violencia, generando inseguridad en los sectores y fomentando el odio hacia ambos grupos poblacionales. Es importante señalar que a nivel general siguen persistiendo, estigmas sociales y marginalización con la población migrante venezolana, que además ahora forman parte de los barrios y dinámicas económicas de sectores populares de la localidad, esto genera una transformación en la oferta de y demanda de oficios y servicios como ventas ambulantes, peluquerías entre otros.

En este sentido el siguiente capítulo nos dará una mirada general del comportamiento en salud de la población en términos de morbilidad y mortalidad, para así llegar a comprender un poco más las causas y efectos de los determinantes estructurantes e intermedios en la calidad de vida de las personas.

3. CAPÍTULO III: SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO

3.1 Morbilidad

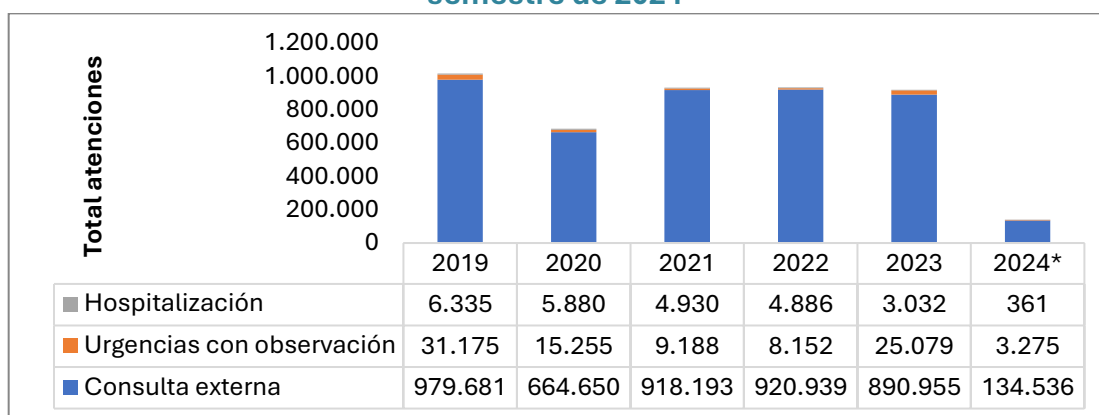
Morbilidad general

Entre los años 2019 y 2024 (I semestre) se registraron 4.626.502 atenciones realizadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud las -IPS- ubicadas en la localidad de Engativá,

donde se evidencia un comportamiento variable para el periodo de análisis, siendo el 2019 el año con la mayor proporción de las atenciones con el 22,0% (n= 1.017.191), no obstante, en el 2020 el número de atenciones presentaron reducción de 32,6%, lo anterior posiblemente relacionado con las medidas adoptadas en torno a la emergencia sanitaria decretada para el control de la transmisión del COVID-19, que incluyó restricciones de la movilidad y priorización en las atenciones en salud (64) (ver **Gráfica 2**).

En cuanto al tipo de servicio, la consulta representó el 97,5% (n= 4.508.954) de las atenciones, seguido por urgencias con observación con el 2,0% (n= 92.124) y hospitalización con el 0,5% (n= 25.424). Con relación a estos dos últimos servicios, en 2019 se registró la mayor proporción de atenciones en urgencias con observación con el 3,1% (n= 31.175), mientras que, en 2020 el servicio de hospitalización presentó la proporción más alta con el 0,9% (n= 5.880) en comparación con los otros años de atención (64) (ver **Gráfica 2**).

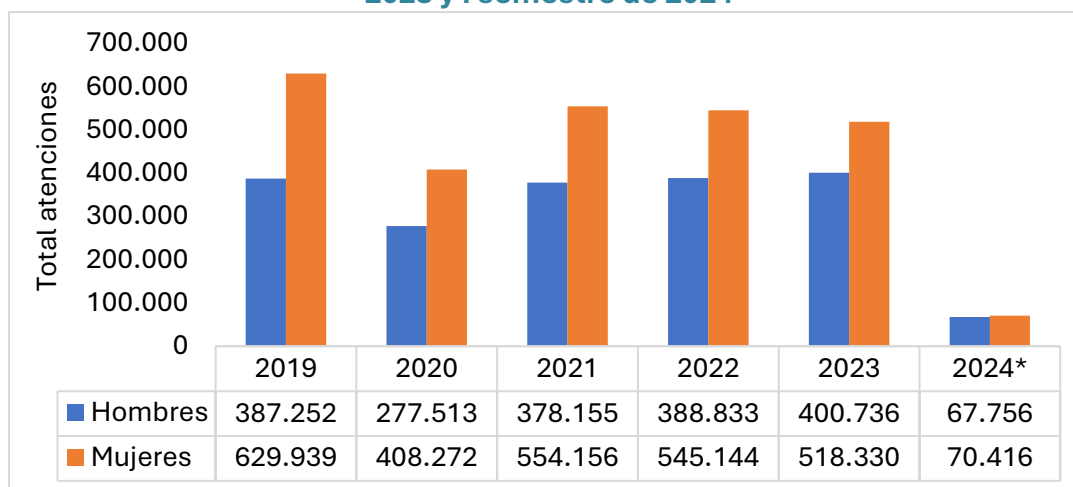
Gráfica 2. Número de atenciones por servicio, localidad Engativá, 2019 -2023 y I semestre de 2024*



Fuente: salidas bases de datos RIPS_SDS, consolidada a partir de SISPRO- MSPS para población de regímenes contributivo y subsidiado, e información aportada por IPS para población no afiliada y atendida de manera particular. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. *Datos 2024 preliminares y parciales con corte a I semestre, tomados del Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData.

Del total de atenciones prestadas entre 2019 y primer semestre del 2024, el 58,9% (n= 2.726.257) se realizaron a mujeres, siendo la población predominante en cada año y alcanzando en el 2019 la mayor proporción de las atenciones con el 61,9% (n= 629.939) (64) (ver **Gráfica 3**).

Gráfica 3. Número de atenciones prestadas según sexo, localidad Engativá, 2019 -2023 y I semestre de 2024*



Fuente: salidas bases de datos RIPS_SDS, consolidada a partir de SISPRO- MSPS para población de regímenes contributivo y subsidiado, e información aportada por IPS para población no afiliada y atendida de manera particular. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. *Datos 2024 preliminares y parciales con corte a I semestre, tomados del Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData.

Según la edad por quinquenios durante el 2019 y primer semestre del 2024, la mayor proporción de las atenciones brindadas por los prestadores de la localidad se realizaron a personas con edades entre los 20 a 39 años con el 36,4% (n= 1.683.840), mientras que los grupos de edad con la menor proporción de atenciones se encontraban entre los 70 a 79 años con el 5,5% (n= 253.000) (64) (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

De acuerdo con el grupo de edad quinquenal y servicio consultado durante 2019 y 2023, se observa que los grupos de edad entre 0 a 19 años y entre 45 a 79 años presentaron más atenciones en el 2019, mientras que los grupos de edad entre 25 a 39 años y entre 60 a 80 años y más registraron el mayor número de atenciones en el 2022, por su parte, los grupos de edad entre 20 a 34 años y entre 80 años y más registraron más atenciones en el 2023 (64) (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). De otro lado, se evidencia que el mayor número de atenciones por el servicio de consulta se prestaron en 2019 en edades entre 0 a 19 años y entre 45 a 80 años y más, mientras que el mayor número de las atenciones por el servicio de urgencias con observación se registraron en el 2019 y en casi todos los grupos de edad. En cuanto a las hospitalizaciones en el 2019 se concentraron las atenciones principalmente en grupos de edad entre 0 a 14 años, entre 20 a 29 años y entre 35 a 39 años (64) (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Tabla 4. Número de atenciones prestadas según tipo de servicio y edad por quinquenios, localidad Engativá, 2019 -2023 y I semestre de 2024*

Quinquenio	Tipo servicio	Ene- Dic 2019	Ene- Dic 2020	Ene- Dic 2021	Ene- Dic 2022	Ene- Dic 2023	Ene - Jun 2024	Tendencia 2019-2023
0 a 4	Consulta	70.434	48.930	47.900	35.719	38.825	2.387	
	Hospitalización	315	115	83	131	69	10	
	Urgencias con observación	1.490	547	625	778	911	155	
	Total	72.239	49.592	48.608	36.628	39.805	2.552	
5 a 9	Consulta	57.833	33.292	37.958	30.456	32.359	2.244	
	Hospitalización	113	39	53	109	46	6	
	Urgencias con observación	895	432	303	432	621	97	
	Total	58.841	33.763	38.314	30.997	33.026	2.347	
10 a 14	Consulta	47.227	30.365	38.712	31.847	31.215	3.328	
	Hospitalización	153	107	75	119	56	5	
	Urgencias con observación	642	281	190	273	546	62	
	Total	48.022	30.753	38.977	32.239	31.817	3.395	
15 a 19	Consulta	57.315	37.963	51.809	46.615	46.829	7.440	
	Hospitalización	520	530	401	283	226	44	
	Urgencias con observación	1.957	1.078	798	653	1.652	305	
	Total	59.792	39.571	53.008	47.551	48.707	7.789	
20 a 24	Consulta	82.022	55.283	89.247	96.332	99.743	16.769	
	Hospitalización	990	926	792	596	496	88	
	Urgencias con observación	4.984	2.747	1.648	1.312	4.711	705	
	Total	87.996	58.956	91.687	98.240	104.950	17.562	
25 a 29	Consulta	88.093	59.088	89.933	100.630	106.604	21.586	
	Hospitalización	805	736	623	527	334	59	
	Urgencias con observación	4.656	2.333	1.367	1.114	4.439	580	
	Total	93.554	62.157	91.923	102.271	111.377	22.225	
30 a 34	Consulta	74.977	50.271	76.779	84.502	85.413	17.739	
	Hospitalización	519	609	473	406	222	35	
	Urgencias con observación	3.194	1.677	915	700	2.980	360	
	Total	78.690	52.557	78.167	85.608	88.615	18.134	
35 a 39	Consulta	67.580	45.386	66.994	69.791	68.041	12.038	
	Hospitalización	542	528	409	367	182	29	
	Urgencias con observación	2.500	1.277	643	577	2.064	223	
	Total	70.622	47.191	68.046	70.735	70.287	12.290	
40 a 44	Consulta	57.031	41.025	61.994	63.956	63.622	10.980	
	Hospitalización	322	441	301	329	206	19	
	Urgencias con observación	1.777	958	504	449	1.787	193	
	Total	59.130	42.424	62.799	64.734	65.615	11.192	
45 a 49	Consulta	57.518	39.681	56.525	55.760	55.428	8.437	
	Hospitalización	309	400	286	283	169	19	
	Urgencias con observación	1.571	826	431	344	1.294	125	
	Total	59.398	40.907	57.242	56.387	56.891	8.581	
50 a 54	Consulta	66.658	45.282	59.906	58.027	55.842	7.830	
	Hospitalización	309	397	307	257	151	9	
	Urgencias con observación	1.616	787	419	330	1.120	121	
	Total	68.583	46.466	60.632	58.614	57.113	7.960	
55 a 59	Consulta	63.510	46.120	60.082	61.020	56.401	7.071	
	Hospitalización	292	305	271	269	175	7	
	Urgencias con observación	1.466	805	413	299	977	107	
	Total	65.268	47.230	60.766	61.588	57.553	7.185	
60 a 64	Consulta	55.156	40.099	51.427	53.363	48.571	5.856	
	Hospitalización	250	235	245	250	181	11	
	Urgencias con observación	1.157	570	332	283	713	92	
	Total	56.563	40.904	52.004	53.896	49.465	5.959	
65 a 69	Consulta	44.034	31.340	39.959	40.900	36.522	3.980	
	Hospitalización	240	141	169	247	133	9	
	Urgencias con observación	860	322	228	206	477	60	
	Total	45.134	31.803	40.356	41.353	37.132	4.049	
70 a 74	Consulta	33.038	22.709	30.712	31.516	25.536	2.992	
	Hospitalización	187	140	167	215	134	5	
	Urgencias con observación	681	219	143	146	312	38	
	Total	33.906	23.068	31.022	31.877	25.982	3.035	
75 a 79	Consulta	23.916	15.521	21.793	22.408	16.834	1.849	
	Hospitalización	144	85	101	166	93	0	
	Urgencias con observación	564	171	118	107	217	23	
	Total	24.624	15.777	22.012	22.681	17.144	1.872	
80 años y más	Consulta	33.339	22.295	36.463	38.097	23.170	2.010	
	Hospitalización	325	146	174	332	159	6	
	Urgencias con observación	1.165	225	111	149	258	29	
	Total	34.829	22.666	36.748	38.578	23.587	2.045	

Fuente: salidas bases de datos RIPS_SDS, consolidada a partir de SISPRO- MSPS para población de regímenes contributivo y subsidiado, e información aportada por IPS para población no afiliada y atendida de manera particular. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. *Datos 2024 preliminares y parciales con corte a I semestre, tomados del Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData.

Al analizar las causas de atención más frecuentes para el primer semestre de 2024, se registraron tanto en hombres y mujeres las enfermedades de la cavidad oral, los trastornos de los músculos oculares del movimiento binocular de la acomodación y de la refracción, seguidas por enfermedades hipertensivas y diabetes mellitus. En los menores de cinco años, la principal causa de atención se relacionó con las enfermedades de la cavidad oral y las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores. Dentro de las otras causas que motivan la asistencia a los servicios de salud, se encuentra la categoría inespecífica de contacto con servicios de salud para investigación o exámenes (n=53.111), seguida de síntomas y signos generales (n=7.129) (64) Tabla 5).

Tabla 5. Principales causas de atención según sexo atendido, localidad Engativá, I semestre de 2024*

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	33.208	50,2	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	19.908	29,1
Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	10.719	16,2	Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	13.930	20,4
Trastornos de los músculos oculares del movimiento binocular de la acomodación y de la refracción	5.118	7,7	Trastornos de los músculos oculares del movimiento binocular de la acomodación y de la refracción	6.814	10,0
Síntomas y signos generales	2.564	3,9	Síntomas y signos generales	4.565	6,7
Enfermedades hipertensivas	1.317	2,0	Enfermedades hipertensivas	2.072	3,0
Diabetes mellitus	827	1,2	Artrosis	1.446	2,1
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	824	1,2	Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	1.216	1,8
Otros trastornos articulares	671	1,0	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1.176	1,7
Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	631	1,0	Diabetes mellitus	1.167	1,7
Otras dorsopatías	507	0,8	Otros trastornos articulares	1.047	1,5
Otros diagnósticos	9.779	14,8	Otros diagnósticos	15.030	22,0
Total	66.165	100,0	Total	68.371	100,0

Fuente: salidas bases de datos RIPS_SDS, consolidada a partir de SISPRO- MSPS para población de regímenes contributivo y subsidiado, e información aportada por IPS para población no afiliada y atendida de manera particular. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. *Datos

2024 preliminares y parciales con corte a I semestre, tomados del Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData.

Para el primer semestre de 2024, la principal causa de atención en hombres y mujeres en el servicio de urgencias con observación se relacionó con las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con el 60,1%, siendo el principal diagnóstico en todos los grupos de edad. Adicionalmente, otro motivo de consulta en el caso de los hombres fueron los traumatismos de la muñeca y de la mano con el 4,7% más frecuente en edades de 20 a 29 años), mientras que en las mujeres se registraron los trastornos maternos relacionados con el embarazo con el 7,0% (principalmente en los grupos de edad de 15 a 29 años) (64) (ver **Tabla 6**).

Dentro de las otras causas que motivan la asistencia a los servicios de salud, se encuentra la categoría inespecífica de síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen (n=164) (64) (ver **Tabla 6**).

Tabla 6. Principales causas de atención en el servicio de urgencias con observación, según sexo atendido, localidad Engativá, I semestre de 2024*

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	874	60,1	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	928	51,0
Traumatismos de la muñeca y de la mano	68	4,7	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	133	7,3
Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	55	3,8	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	128	7,0
Traumatismos de la cabeza	31	2,1	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	90	4,9
Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	31	2,1	Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	62	3,4
Traumatismos del antebrazo y del codo	26	1,8	Embarazo terminado en aborto	51	2,8
Traumatismos de parte no especificada del tronco miembro o región del cuerpo	22	1,5	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	40	2,2
Traumatismos del tórax	21	1,4	Otras enfermedades del sistema urinario	27	1,5
Traumatismos del hombro y del brazo	20	1,4	Enfermedades infecciosas intestinales	23	1,3
Traumatismos de la rodilla y de la pierna	19	1,3	Síntomas y signos generales	22	1,2

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Otros diagnósticos	288	19,8	Otros diagnósticos	316	17,4
Total	1.455	100,0	Total	1.820	100,0

Fuente: salidas bases de datos RIPS_SDS, consolidada a partir de SISPRO- MSPS para población de regímenes contributivo y subsidiado, e información aportada por IPS para población no afiliada y atendida de manera particular. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. *Datos 2024 preliminares y parciales con corte a I semestre, tomados del Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData.

Finalmente, para el primer semestre de 2024, en el servicio de hospitalización la principal causa de atención en hombres se relacionó con traumatismos del tórax con el 7,4%, seguido de infecciones de la piel y del tejido subcutáneo con el 6,6%. En el caso de las mujeres, para el periodo analizado la principal causa de atención por este servicio se relacionó con la atención del parto con el 39,1% (principalmente en los grupos de 15 a 29 años), seguido de embarazo terminado en aborto con el 6,2%. En los menores de 5 años el principal diagnóstico se asoció a otras Infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (64) (ver **Tabla 7**).

Tabla 7. Principales causas de atención en el servicio hospitalización según sexo atendido, localidad Engativá I semestre de 2024*

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Traumatismos del tórax	10	7,4	Parto	88	39,1
Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	9	6,6	Embarazo terminado en aborto	14	6,2
Traumatismos de la cabeza	8	5,9	Trastornos de la vesícula biliar de las vías biliares y del páncreas	10	4,4
Influenza [gripe] y neumonía	6	4,4	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	8	3,6
Traumatismos del antebrazo y del codo	6	4,4	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	8	3,6
Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	5	3,7	Otras enfermedades del sistema urinario	7	3,1
Traumatismos de la rodilla y de la pierna	5	3,7	Otros efectos y los no especificados de causas externas	6	2,7
Hernia	5	3,7	Complicaciones Principalmente Relacionadas Con El Puerperio	4	1,8
Traumatismos de la muñeca y de la mano	5	3,7	Enfermedades inflamatorias de los	4	1,8

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	4	2,9	órganos pélvicos femeninos		
Otros diagnósticos	73	53,7	Síntomas y signos generales	3	1,3
Total	136	100,0	Otros diagnósticos	73	32,4
			Total	225	100,0

Fuente: salidas bases de datos RIPS_SDS, consolidada a partir de SISPRO- MSPS para población de regímenes contributivo y subsidiado, e información aportada por IPS para población no afiliada y atendida de manera particular. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. *Datos 2024 preliminares y parciales con corte a I semestre, tomados del Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData.

Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

La semaforización de las diferencias relativas¹⁰ de los indicadores de Eventos de Notificación Obligatoria -ENOS-, evidenció que, en el primer semestre de 2024, los eventos de la localidad de Engativá presentaron valores estadísticamente significativos más bajos en comparación con los registrados en Bogotá. Entre 2019 y 2023 la mayoría de los eventos presentaron un comportamiento variable, sin embargo, entre 2021 y 2023 se observó incremento en la notificación de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, las intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas, metanos, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas, así como de los casos de violencia de género e intrafamiliar. Además, en 2023 la notificación de hepatitis A fue 4,3 veces mayor en comparación con 2022 (65) (ver **Tabla 8**).

Tabla 8. Semaforización de los Eventos de Notificación Obligatoria, Bogotá y Engativá, 2019 a 2024 (I semestre)

Eventos	Bogotá 2024 (I sem)	Engativá 2024 (I sem)	Comportamiento					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024 (I sem)
Accidentes biológicos								
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	21.163	1.473	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Intoxicaciones								
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados,	3.977	390	↗	↘	↗	↗	↗	↘

¹⁰ La comparación de los indicadores se realizó mediante el cálculo de diferencias relativas, utilizando un intervalo de confianza del 95% para establecer si las variaciones entre la localidad y Bogotá son estadísticamente significativas. El cálculo se realizó con la herramienta ENOS del MSPS.

Eventos	Bogotá 2024 (I sem)	Engativá 2024 (I sem)	Comportamiento					2024 (I sem)
			2019	2020	2021	2022	2023	
solventes, gases y otras sustancias químicas								
Violencia								
Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar	45.998	3.901	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Cáncer								
Cáncer (mama, cérvix)	3.312	410	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Cáncer infantil (menores 18 años)	235	25	↗	-	↘	↗	↘	↘
Congénitas								
Enfermedades huérfanas - raras	2.453	242	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Materno perinatal								
Morbilidad materna extrema	3.788	344	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	514	49	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Nutrición								
Desnutrición aguda en menores de 5 años	2.606	186	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años (IRA, EDA, Desnutrición)	15	3	↗	↘	-	↗	↘	↗
Inmunoprevenibles								
Evento adverso seguido a la vacunación	4	0	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Meningitis	102	10	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Parotiditis	1.110	108	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Tosferina	4	0	↗	↘	-	-	-	-
Varicela	3.632	412	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Materno perinatal								
Sífilis gestacional	712	43	↗	↗	↘	↘	↗	↘
Sífilis congénita	95	7	↗	-	↗	↘	↘	↘
Transmisión aérea y contacto directo								
Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela)	2.224	28	↗	↘	↘	↗	↘	↗
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	14	5	↗	↗	↘	↗	↘	↗
Lepra	13	0	↗	↘	↗	↗	↘	-

Eventos	Bogotá 2024 (I sem)	Engativá 2024 (I sem)	Comportamiento					2024 (I sem)
			2019	2020	2021	2022	2023	
Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	795	55	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Tuberculosis farmacorresistente	24	2	↗	-	↘	↗	-	↘
Transmisión sexual y sanguínea								
Hepatitis distintas a A	552	71	↗	↘	↘	↗	↗	↗
VIH/SIDA	3.118	309	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Trasmitida por alimentos/suelo/agua								
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	0	0	↗	-	↘	↗	↗	↘
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	0	-	-	-	-	↗	↘
Hepatitis A	116	8	↗	↘	↘	↗	↗	↘
ETA (brotes)	12	2	↗	↘	-	↗	-	↗

Fuente: cuadros de salida con ENOS localidad Engativá 2019 a 2024 (I semestre)- SDS.

3.2 Mortalidad

Para el año 2023, en Engativá se registraron 3.943 defunciones, lo que representa una tasa de mortalidad de 482,6 muertes por 100.000 habitantes; comparado con el año anterior, se presenta una reducción del 5,7% en la tasa de mortalidad. Según sexo, el 51,1% de las muertes corresponde a mujeres y el 48,9% restante a hombres; por momento de curso de vida, la mayor proporción se registra en vejez con un 79,2%, seguido de la población adulta con el 15,4% (66) (ver

Tabla 9).

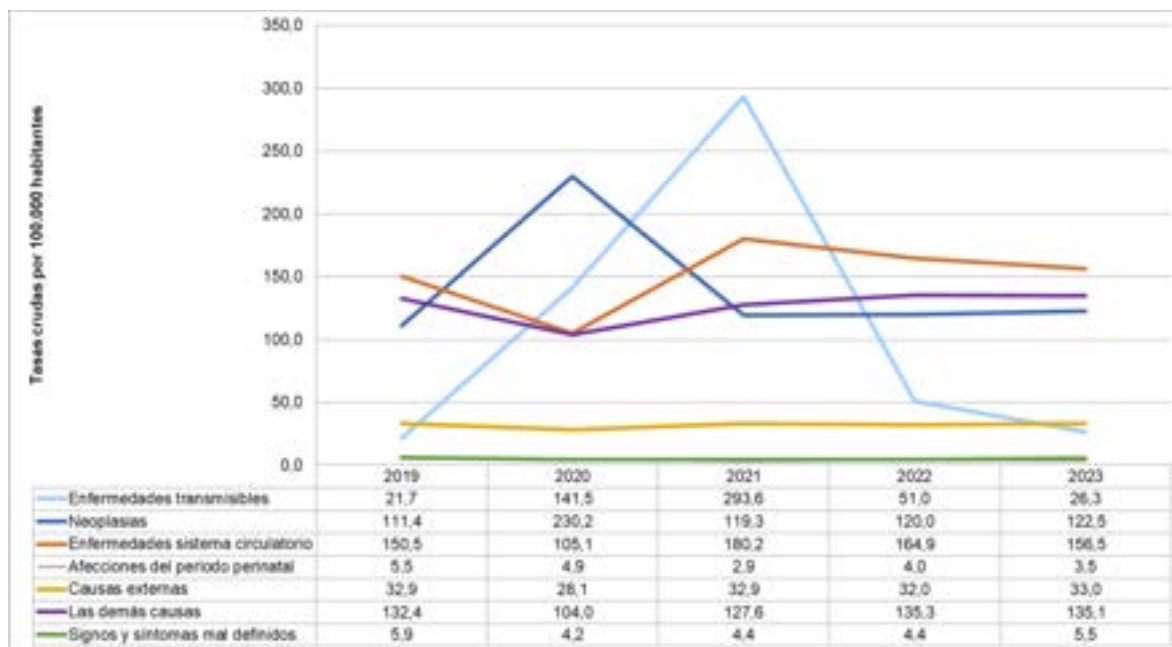
Tabla 9. Defunciones según sexo y momento de curso de vida, localidad Engativá, 2019 – 2023

MCV	Sexo	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
P. Infancia	Hombres	42	41	37	30	33	
	Mujeres	54	30	28	31	24	
	Total	96	71	65	61	57	
Infancia	Hombres	5	5	5	8	6	
	Mujeres	2	7	3	4	12	
	Total	7	12	8	12	18	
Adolescencia	Hombres	8	9	6	8	17	
	Mujeres	7	6	4	9	4	
	Total	15	15	10	17	21	
Juventud	Hombres	90	78	89	85	91	
	Mujeres	30	29	37	28	25	
	Total	120	107	126	113	116	
Adultez	Hombres	354	514	836	356	344	
	Mujeres	237	331	422	253	263	
	Total	591	845	1.258	609	607	
Vejez	Hombres	1.344	2.019	2.427	1.540	1.436	
	Mujeres	1.521	1.946	2.303	1.819	1.688	
	Total	2.865	3.965	4.730	3.359	3.124	
Total Defunciones	Hombres	1.843	2.666	3.400	2.027	1.927	
	Mujeres	1.851	2.349	2.797	2.144	2.016	
	Total	3.694	5.015	6.197	4.171	3.943	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

De acuerdo con la clasificación 6/67, las tasas de mortalidad más altas para el año 2023 en Engativá fueron las enfermedades del sistema circulatorio (156,5 por 100.000 habitantes), seguida de las demás causas (135,1 por 100.000 habitantes); mientras la tasa de mortalidad más baja corresponde a afecciones del periodo perinatal (3,5 por 100.000 habitantes). Al comparar la mortalidad de 2019 con respecto al 2023, el mayor incremento se observó en la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, con una cifra 21,4% mayor; por el contrario, la mayor reducción se evidenció en la tasa de mortalidad por afecciones del periodo perinatal, con una cifra 35,2% inferior. Por otra parte, los signos y síntomas mal definidos fue la causa de muerte que registró mayor incremento para 2023 con respecto al 2022, con una tasa superior en un 24,7% respectivamente (66) (ver **Gráfica 4**).

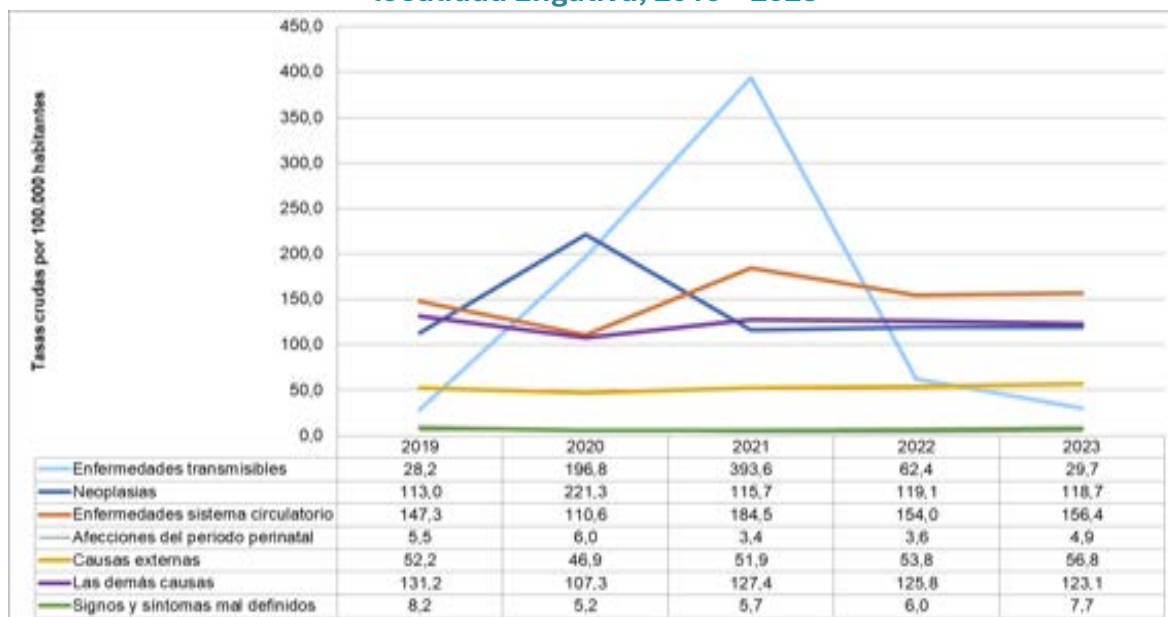
Gráfica 4. Tasas crudas de mortalidad por grandes causas, localidad Engativá, 2019 – 2023



Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

Para el caso de los hombres, las tasas de mortalidad más altas para el año 2023 fueron las enfermedades del sistema circulatorio (156,4 por 100.000 habitantes), seguida de las demás causas (123,1 por 100.000 habitantes); mientras la tasa de mortalidad más baja corresponde a afecciones del periodo perinatal (4,9 por 100.000 habitantes). Al comparar la mortalidad de 2019 con respecto al 2023, el mayor incremento se observó en la tasa de mortalidad por causas externas, seguido de las enfermedades del sistema circulatorio, cuyas tasas se incrementaron en un 8,9% y 6,2% respectivamente; por el contrario, la mayor reducción se evidenció en la tasa de mortalidad por afecciones del periodo perinatal, con una cifra 11,4% inferior. Por otra parte, las afecciones del periodo perinatal, seguido de los signos y síntomas mal definidos, fueron las causas de muerte que registraron mayor incremento para 2023 con respecto al 2022, con tasas superiores en un 35,3% y 30,1% respectivamente (66) (ver **Gráfica 5**).

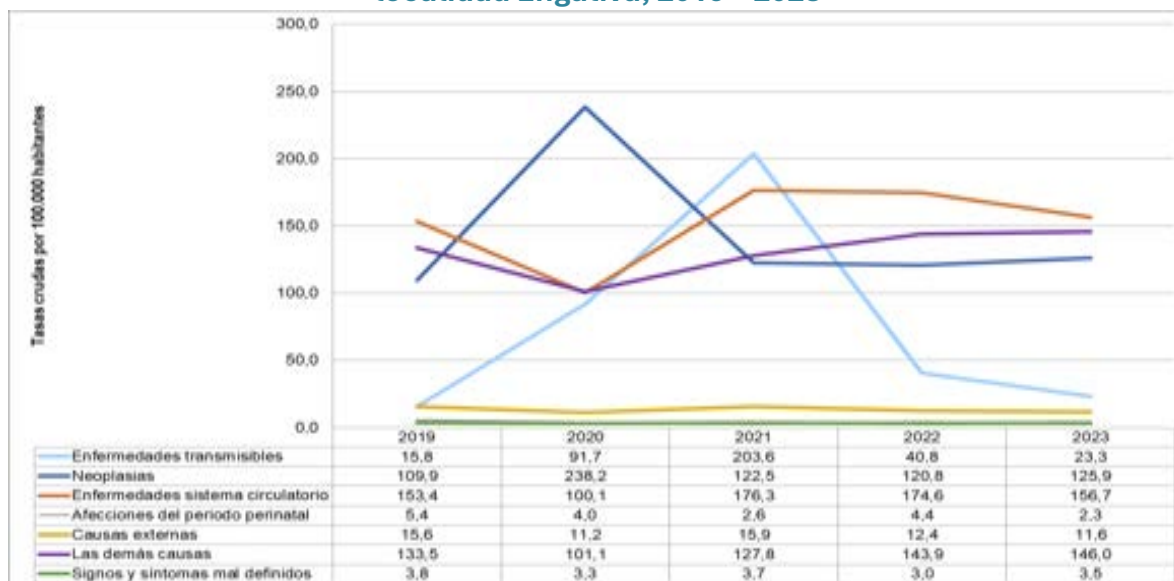
Gráfica 5. Tasas crudas de mortalidad en hombres, según grandes causas, localidad Engativá, 2019 – 2023



Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

En cuanto a las mujeres, las tasas de mortalidad más altas para el año 2023 fueron las enfermedades del sistema circulatorio (156,7 por 100.000 habitantes), seguida de las demás causas (146,0 por 100.000 habitantes); mientras la tasa de mortalidad más baja corresponde a afecciones del periodo perinatal (2,3 por 100.000 habitantes). Al comparar la mortalidad de 2019 con respecto al 2023, el mayor incremento se observó en la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, con una cifra 47,0% mayor, seguido de las neoplasias, cuya tasa se incrementó un 14,6%; por el contrario, la mayor reducción se evidenció en la tasa de mortalidad por afecciones del periodo perinatal, con una cifra 57,2% menor. Por otra parte, los signos y síntomas mal definidos, seguido de las neoplasias, fueron los motivos de muerte que registraron mayor incremento para 2023 con respecto al 2022, con tasas superiores en un 15,2% y 4,3% respectivamente (66) (ver **Gráfica 6**).

Gráfica 6. Tasas crudas de mortalidad en mujeres, según grandes causas, localidad Engativá, 2019 – 2023



Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

Mortalidad específica subgrupos, Grandes Causas 6/67

Enfermedades Transmisibles

Para el periodo evaluado, se observó un comportamiento variable de las tasas de mortalidad en la mayoría de las causas, excepto para tuberculosis que registró aumento desde 2021, contrario al resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias que presentó reducción, mientras las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales y septicemia se mantienen estables en los últimos años. Por otra parte, en el año 2023, se registraron las tasas más altas de mortalidad por ciertas enfermedades transmitidas por vectores y por enfermedades inmunoprevenibles. En el último periodo la tasa más alta de mortalidad fue por infecciones respiratorias agudas con 13,5 defunciones por 100.000 habitantes, seguido del resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con 6,1 casos por 100.000 habitantes. Al comparar la tasa de mortalidad de 2023 con el año anterior, las muertes ocurridas por enfermedades inmunoprevenibles reportaron el mayor incremento (99,6%) contrario a la tasa de mortalidad por resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias que alcanzó reducción del 82,8%, no obstante, para el 2020 este grupo registró incremento de la tasa con respecto al 2019 debido al impacto de la pandemia por COVID-19 y en 2021 presentó la tasa más alta con 273,4 defunciones por 100.000 habitantes (66) (ver **Tabla 10**).

Tabla 10. Tasas crudas de mortalidad, por enfermedades transmisibles, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023

Enfermedades Transmisibles	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Enfermedades infecciosas intestinales	0,8	0,5	2,3	1,8	1,3	1,4	1,2	1,4	1,9	2,3	1,1	0,9	1,8	1,8	1,8	
Tuberculosis	1,8	0,8	0,8	0,8	1,5	0,2	0,7	0,5	0,7	0,5	1,0	0,7	0,6	0,7	1,0	
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,3	0,3	0,5	0,8	0,8	0,9	0,7	0,5	0,2	0,9	0,6	0,5	0,5	0,5	0,9	
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	
Meningitis	0,0	0,3	0,3	1,3	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,6	0,1	
Septicemia, excepto neonatal	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2	0,0	0,2	0,2	0,2	0,4	0,0	0,1	0,1	
Enfermedad por VIH (SIDA)	6,8	2,3	5,2	5,2	4,6	0,2	0,5	0,2	0,5	0,7	3,4	1,4	2,6	2,7	2,6	
Infecciones respiratorias agudas	17,4	12,2	19,5	11,6	12,4	11,3	7,5	9,8	6,3	14,4	14,2	9,7	14,4	8,8	13,5	
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,1	179,9	365,1	40,6	8,5	0,9	81,0	191,0	31,0	4,0	1,0	127,8	273,4	35,6	6,1	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

Neoplasias

Entre 2019 y 2023, se observó un comportamiento variable en la mayoría de las tasas de mortalidad por neoplasias, excepto para tumor maligno de los órganos respiratorios, tumor maligno de cuello del útero y tumor maligno de otros órganos genitourinarios, los cuales registraron aumento en los últimos años, contrario a la tasa de mortalidad por tumor maligno de colon que registró reducción desde 2021, siendo el 2023, el año en el cual se registró el pico máximo en la tasa de mortalidad para 5 de las causas agrupadas. Para el último periodo, la tasa más alta de mortalidad fue por tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon con 21,1 defunciones por 100.000 habitantes, seguido de la mortalidad por tumores malignos de otras localizaciones con 16,0 casos por 100.000 habitantes. Al comparar la tasa de mortalidad de 2023 con el año anterior, las muertes ocurridas por tumor maligno de órganos respiratorios reportaron el mayor incremento, con una tasa 2,3 veces mayor, contrario a la tasa de mortalidad por tumor maligno de útero que alcanzó reducción del 70,1% (66) (ver **Tabla 11**).

Tabla 11. Tasas crudas de mortalidad, por neoplasias, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023

Neoplasias	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Tumor maligno del estómago	14,8	14,3	12,5	15,8	12,6	10,2	6,1	12,4	9,6	10,2	12,3	10,0	12,4	12,5	11,4	
Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea	12,9	7,3	13,0	9,6	8,3	14,4	7,3	10,5	10,3	10,2	13,7	7,3	11,7	9,9	9,3	
Tumor maligno De los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	15,3	15,6	21,5	21,0	21,7	12,5	19,9	20,8	24,2	20,5	13,8	17,9	21,1	22,7	21,1	
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	9,5	7,8	8,8	9,3	9,0	6,9	6,1	11,0	6,3	7,7	8,1	6,9	9,9	7,7	8,3	
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	2,1	1,6	0,3	1,6	3,6	0,7	0,0	0,9	0,0	1,4	1,4	0,7	0,6	0,7	2,4	
Tumor maligno de la mama de la mujer	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	15,1	14,3	17,5	17,0	19,6	8,0	7,5	9,3	9,0	10,4	
Tumor maligno del cuello del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	4,0	4,9	6,1	7,9	2,6	2,1	2,6	3,2	4,2	
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,7	4,0	3,7	3,3	5,4	2,5	2,1	2,0	1,7	2,8	
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	1,4	1,6	2,3	0,7	3,1	0,7	0,9	1,2	0,4	
Tumor maligno de la próstata	18,2	13,8	18,7	16,3	18,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,6	6,5	8,8	7,7	8,6	
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	7,4	129,4	5,2	7,2	6,5	2,8	147,9	10,0	9,1	12,6	5,0	139,1	7,7	8,2	9,7	
Leucemia	5,3	3,6	4,4	4,9	3,6	4,3	2,8	4,7	4,2	2,3	4,7	3,2	4,5	4,5	2,9	
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	6,6	6,8	7,8	8,0	9,3	8,0	4,9	7,0	5,6	7,2	7,3	5,8	7,4	6,7	8,2	
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	15,0	15,9	18,4	19,2	17,3	13,5	14,5	11,0	14,9	14,9	14,2	15,2	14,5	16,9	16,0	
Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	6,1	5,2	4,9	6,2	8,5	5,9	5,1	6,5	7,9	5,4	6,0	5,2	5,8	7,1	6,9	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

Enfermedades del sistema circulatorio

Entre 2021 y 2023 se presentó reducción en las tasas de mortalidad por enfermedades hipertensivas, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedad cardiopulmonar, mientras la tasa de mortalidad por arteriosclerosis se mantuvo estable; las demás causas reportaron un comportamiento variable a lo largo del periodo reportado. Para el 2023, la tasa más alta de mortalidad fue por enfermedades isquémicas del corazón con 89,3 defunciones por 100.000 habitantes, seguido de enfermedades cerebrovasculares con 28,8 casos por 100.000 habitantes. Al comparar la tasa de mortalidad de 2023 con el año anterior, las muertes por fiebre reumática reportaron el mayor incremento (100%), contrario a la tasa de mortalidad por las demás enfermedades del sistema circulatorio, que alcanzó reducción del 12,4% (66) (ver **Tabla 12**).

Tabla 12. Tasas crudas de mortalidad, por enfermedades del sistema circulatorio, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023

Enf. Sistema Circulatorio	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	1,8	0,3	0,0	0,0	0,3	2,8	0,0	0,0	0,0	0,7	2,4	0,1	0,0	0,0	0,5	
Enfermedades hipertensivas	11,6	7,8	15,8	12,4	14,7	12,8	11,7	20,3	21,2	15,4	12,2	9,9	18,2	17,0	15,1	
Enfermedades isquémicas del corazón	86,9	74,2	115,7	90,6	92,9	77,0	53,1	95,6	95,8	86,1	81,7	63,1	105,1	93,3	89,3	
Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	16,9	7,3	17,6	11,4	12,1	15,6	8,7	17,7	14,7	12,6	16,2	8,0	17,7	13,1	12,4	
Insuficiencia cardíaca	1,3	1,3	2,9	1,3	2,6	2,4	1,2	2,6	1,9	2,3	1,9	1,2	2,7	1,6	2,4	
Enfermedades cerebrovasculares	23,2	15,4	24,9	26,7	26,1	35,0	20,4	32,7	34,0	31,2	29,4	18,0	29,0	30,5	28,8	
Arteriosclerosis	0,3	0,0	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	5,3	4,4	7,3	11,4	7,5	7,8	5,1	7,5	7,0	8,4	6,6	4,8	7,4	9,1	8,0	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

Afecciones del periodo perinatal

Entre 2019 y 2023, se observó un comportamiento variable de las tasas de mortalidad por afecciones del periodo perinatal, excepto por la mortalidad relacionada con sepsis bacteriana del recién nacido, que registra incremento desde 2021 y la tasa de mortalidad de feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas que no presentó variación en los últimos dos años, aclarando que para el 2023, se registró la cifra más alta de mortalidad por retardo de crecimiento fetal. Para el último periodo, la tasa más alta de mortalidad fue por trastornos respiratorios del periodo perinatal y por sepsis bacteriana del recién nacido con 0,7 defunciones por 100.000 habitantes, cada una. Al comparar la tasa de mortalidad de 2023 con el año anterior, el mayor incremento se presentó en la tasa de mortalidad por retardo del crecimiento fetal (100%), mientras la mayor reducción se observó en la mortalidad por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, con una tasa 45,6% menor (66) (ver **Tabla 13**).

Tabla 13. Tasas crudas de mortalidad, por afecciones del periodo perinatal, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023

Afecciones periodo perinatal	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3	0,5	0,0	0,0	0,2	0,2	0,4	0,0	0,1	0,1	0,2	
Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	1,8	1,0	1,0	0,3	0,3	0,7	0,2	0,5	0,2	0,2	1,2	0,6	0,7	0,2	0,2	
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,0	0,5	0,0	0,0	0,3	0,2	0,0	0,5	0,0	0,7	0,1	0,2	0,2	0,0	0,5	
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	0,5	2,1	0,8	1,6	1,5	0,7	1,2	0,5	1,2	0,0	0,6	1,6	0,6	1,3	0,7	
Sepsis bacteriana del recién nacido	0,3	1,3	0,8	0,5	1,3	0,2	0,7	0,0	0,7	0,2	0,2	1,0	0,4	0,6	0,7	
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2,6	1,0	0,5	1,3	1,3	3,1	1,9	1,2	2,1	0,9	2,9	1,5	0,9	1,7	1,1	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

Causas externas

Entre 2019 y 2023, las tasas de mortalidad por causas externas tuvieron en su mayoría un comportamiento variable, excepto para accidentes de transporte terrestre, ahogamiento y homicidios, que reportaron tendencia al alza en los últimos años, resaltando que no se reportaron muertes por accidentes por disparo de arma de fuego durante el periodo, ni fallecimientos por los demás accidentes de transporte desde 2020. Por otra parte, el 2023 fue el año en el cual se registró el pico máximo en la tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre. Para el último periodo, la tasa más alta de mortalidad fue por los accidentes de transporte terrestre con 10,2 defunciones por 100.000 habitantes, seguido de los homicidios con 8,4 casos por 100.000 habitantes. Al comparar la tasa de mortalidad de 2023 con el año anterior, las muertes ocurridas por accidentes que obstruyen la respiración y por envenenamiento accidental reportaron el mayor incremento, contrario a la tasa de mortalidad por exposición al humo, fuego y llamas, así como la mortalidad por las demás causas externas que alcanzaron una reducción del 100% (66) (ver **Tabla 14**).

Tabla 14. Tasas crudas de mortalidad, por causas externas, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023

Causas externas	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Accidentes de transporte terrestre	11,1	11,5	13,2	16,8	17,3	3,8	2,1	4,9	3,3	3,7	7,2	6,5	8,8	9,7	10,2	
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	
Caídas	3,7	3,4	4,9	4,4	5,2	2,6	0,7	3,3	1,6	0,9	3,1	2,0	4,1	2,9	2,9	
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Ahogamiento y sumersión accidentales	1,1	0,3	0,5	0,8	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0	0,5	0,7	0,4	0,2	0,4	0,5	
Accidentes que obstruyen la respiración	0,3	0,0	0,8	0,3	0,5	0,0	0,5	0,7	0,0	0,5	0,1	0,2	0,7	0,1	0,5	
Exposición a la corriente eléctrica	0,3	0,8	0,3	0,3	0,8	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5	0,1	0,1	0,4	
Exposición al humo, fuego y llamas	0,0	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	
Envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas	1,1	2,3	0,8	0,5	1,3	0,2	0,2	0,5	0,0	0,5	0,6	1,2	0,6	0,2	0,9	
Los demás accidentes	3,2	2,3	2,6	2,3	2,1	1,4	1,2	1,4	1,9	0,7	2,2	1,7	2,0	2,1	1,3	
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	7,6	6,8	11,2	11,4	7,5	3,5	2,8	1,4	3,5	2,3	5,5	4,7	6,0	7,2	4,8	
Agresiones (homicidios)	17,7	14,1	12,2	14,2	16,5	0,9	1,6	2,3	0,7	1,2	8,8	7,5	7,0	7,1	8,4	
Eventos de intención no determinada	6,1	4,4	4,4	2,3	5,2	2,6	1,4	0,9	1,4	1,4	4,2	2,8	2,6	1,8	3,2	
Las demás causas externas	0,0	0,8	0,8	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,4	0,5	0,1	0,0	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

Todas las demás enfermedades

Las tasas de mortalidad por las demás enfermedades tuvieron en su mayoría un comportamiento variable, excepto para las defunciones por enfermedades del sistema nervioso y resto de enfermedades del sistema digestivo, que registraron tendencia al alza durante el periodo reportado, contrario a la tasa de mortalidad por embarazo, parto y puerperio, que registró incremento desde el 2020. El 2023, fue el año en el cual se registró el pico máximo en la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema nervioso, hiperplasia de la próstata y resto de enfermedades del sistema digestivo. Para el último periodo, la tasa más alta de mortalidad fue por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores con 29,9 defunciones por 100.000 habitantes, seguido de resto de enfermedades del sistema nervioso con 23,7 casos por 100.000 habitantes. Al comparar la tasa de mortalidad de 2023 con el año anterior, las muertes ocurridas por enfermedades del sistema nervioso reportaron el mayor incremento (30,8%), contrario a la tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales, que alcanzó una reducción del 63,7% (66) (ver

Tabla 15).

Tabla 15. Tasas crudas de mortalidad, por las demás enfermedades, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023

Demás enfermedades	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Diabetes mellitus	12,4	11,5	13,2	11,1	10,8	10,6	11,9	10,5	11,7	8,4	11,5	11,7	11,8	11,4	9,5	
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	1,6	0,8	1,0	1,8	0,8	1,9	0,5	2,6	3,5	1,2	1,7	0,6	1,8	2,7	1,0	
Trastornos mentales y del comportamiento	2,9	12,8	1,8	5,4	3,6	4,5	11,0	4,0	9,8	8,8	3,7	11,8	2,9	7,7	6,4	
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	10,5	13,3	13,5	15,3	25,8	12,1	10,5	17,3	20,8	21,9	11,3	11,8	15,5	18,2	23,7	
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	40,0	17,2	27,2	23,0	28,7	44,4	16,8	25,0	30,3	31,0	42,4	17,0	26,0	26,9	29,9	
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	9,0	3,1	8,3	8,8	4,6	8,0	4,7	5,6	5,8	4,2	8,5	3,9	6,9	7,2	4,4	
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	3,4	2,6	5,4	5,7	4,4	4,5	3,0	5,4	4,4	5,4	4,0	2,8	5,4	5,0	4,9	
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	8,2	5,5	8,8	6,5	3,4	3,3	4,2	4,0	3,7	6,1	5,6	4,8	6,3	5,0	4,8	
Resto de enfermedades del sistema digestivo	16,6	17,4	16,6	17,9	15,0	17,7	17,1	20,8	20,5	24,0	17,2	17,3	18,8	19,3	19,7	
Enfermedades del sistema urinario	11,9	7,0	11,2	11,4	8,3	10,2	8,2	11,0	11,2	12,3	11,0	7,6	11,1	11,3	10,4	
Hiperplasia de la próstata	0,0	1,3	3,1	2,8	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,5	1,3	1,6	
Embarazo, parto y puerperio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,4	1,2	0,5	0,2	0,2	0,7	0,6	0,2	0,1	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías	4,2	3,6	3,6	2,6	3,4	2,8	1,6	3,7	3,5	3,0	3,5	2,6	3,7	3,1	3,2	
Resto de enfermedades	10,5	11,2	13,5	13,5	11,1	13,0	10,1	17,0	18,2	19,6	11,8	10,6	15,4	15,9	15,5	

Fuente: Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

Síntomas, signos y afecciones mal definidas

Para el 2023 se registraron 43 defunciones por causas mal definidas, lo que representa el 1,1% del total de la mortalidad, con una tasa de 5,3 muertes por 100.000 habitantes y un comportamiento variable durante el periodo evaluado. Para el 2023, se evidencia incremento del 19,2% en la tasa de mortalidad con respecto al año anterior (66) (ver **Tabla 16**). Asimismo, para el último año se asoció para este grupo como causa directa de la defunción, la muerte sin asistencia¹¹ con el 84,4% de los casos, de los cuales el 95,6% registra “en estudio”.

¹¹ La clasificación “Muerte sin asistencia” (R98) dentro del CIE-10 se refiere a los casos donde una persona ha fallecido sin haber recibido asistencia médica en el momento de su muerte y el fallecimiento ocurrió sin la presencia de profesionales de la salud que pudieran documentar la causa exacta del deceso.

Tabla 16. Tasas crudas de mortalidad, por síntomas, signos y afecciones mal definidas, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023

Signos y síntomas mal definidos	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	8,2	5,2	5,7	6,0	7,7	3,8	3,3	3,7	3,0	3,0	5,9	4,2	4,7	4,4	5,3	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

Mortalidad por grupos de edad

Entre 2019 y 2023, las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas fueron las principales causas de muerte en los menores de un año, registrando para el último periodo tasas de mortalidad de 480,9 y 274,8 defunciones por 100.000 menores de 1 año. Por otra parte, para el 2023 con respecto al año anterior, se observa incremento del 100% la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema genitourinario, contrario a las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema nervioso, del sistema digestivo y causas externas, que lograron reducción del 100%. Al evaluar el comportamiento de la mortalidad por sexo, es de resaltar que, durante el periodo reportado, las mortalidades por tumores, enfermedades del sistema nervioso, digestivo y genitourinario ocurrieron solo en hombres, mientras que las defunciones por enfermedades endocrinas y nutricionales, únicamente se presentaron en mujeres (66) (ver **Tabla 17**).

Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad, en menor de 1 año, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres					Mujeres					Total				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,0	0,0	29,2	0,0	0,0	26,0	27,7	0,0	0,0	0,0	12,8	13,6	14,9	0,0	0,0
Tumores (neoplasias)	0,0	26,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,6	0,0	0,0	0,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	26,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	0,0	29,2	31,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,9	16,1	0,0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	0,0	0,0	87,5	0,0	0,0	26,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,8	0,0	44,7	0,0	0,0
Enfermedades del sistema respiratorio	75,2	26,7	58,4	94,4	0,0	78,1	0,0	30,5	0,0	35,1	76,7	13,6	44,7	48,2	17,2
Enfermedades del sistema digestivo	0,0	26,7	0,0	31,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,6	0,0	16,1	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,0	0,0	0,0	0,0	33,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	17,2
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	476,4	613,0	350,2	408,9	605,2	599,1	470,4	335,0	624,2	351,1	536,6	543,0	342,7	514,2	480,9
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	225,7	289,9	233,4	157,3	302,6	260,5	110,7	304,5	295,7	245,8	242,7	176,5	268,2	225,0	274,8
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Todas las demás enfermedades	25,1	0,0	0,0	31,5	0,0	0,0	27,7	0,0	0,0	0,0	12,8	13,6	0,0	16,1	0,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,0	0,0	58,4	31,5	0,0	52,1	0,0	0,0	0,0	0,0	25,6	0,0	29,8	16,1	0,0

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

Respecto a las tasas de mortalidad específica en niños de 1 a 4 años, se encontró que las principales causas de muerte reportadas entre 2019 y 2023, están relacionadas principalmente con neoplasias, malformaciones congénitas y causas externas. Al comparar la mortalidad del 2023, con respecto al año inmediatamente anterior, se observa incremento del 100% en la tasa de mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal y causas externas; así como reducción del 100% en las tasas de mortalidad por neoplasias y enfermedades del sistema nervioso. Según sexo, para el periodo reportado, las muertes por enfermedades infecciosas, circulatorias y las afecciones del periodo perinatal se reportaron solo en hombres (66) (ver **Tabla 18**).

Tabla 18. Tasas específicas de mortalidad, en menor de 1 a 4 años, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres					Mujeres					Total				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumores (neoplasias)	5,5	5,6	6,0	0,0	0,0	5,7	5,8	18,6	6,7	0,0	5,6	5,7	12,2	3,3	0,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	11,0	0,0	6,0	6,5	0,0	5,7	0,0	0,0	0,0	0,0	8,4	0,0	3,0	3,3	0,0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	0,0	0,0	0,0	6,5	7,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	3,7
Enfermedades del sistema respiratorio	0,0	0,0	0,0	19,4	14,4	5,7	0,0	0,0	0,0	7,4	2,8	0,0	0,0	9,9	11,0
Enfermedades del sistema digestivo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,0	0,0	6,0	0,0	7,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	3,7
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	16,4	0,0	0,0	0,0	0,0	11,4	11,7	6,2	6,7	14,9	14,0	5,7	3,0	3,3	7,3
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Todas las demás enfermedades	0,0	0,0	0,0	0,0	7,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,0	11,3	11,9	0,0	0,0	11,4	5,8	6,2	0,0	14,9	5,6	8,6	9,1	0,0	7,3

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

En cuanto a las defunciones en los menores de cinco años, se evidenció que las tasas más altas de mortalidad durante el periodo reportado se registraron para las malformaciones congénitas y las afecciones originadas en el periodo perinatal. Al evaluar las tasas de mortalidad de 2023 con respecto al año anterior, las tasas de mortalidad con mayor incremento con respecto al año anterior fueron las relacionadas con enfermedades del sistema genitourinario y las causas externas, mientras las mortalidades por neoplasias, enfermedades del sistema nervioso y digestivo tuvieron reducción del 100%. Según sexo, el 100% de las mortalidades reportadas por enfermedades endocrinas y nutricionales ocurrieron en mujeres, mientras las muertes por enfermedades del sistema digestivo y genitourinario ocurrieron únicamente en hombres (66) (ver **Tabla 19**).

Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad, en menores de 5 años, según sexo, localidad Engativá, 2019 – 2023

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres					Mujeres					Total				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	4,5	0,0	5,0	0,0	0,0	4,7	4,8	0,0	0,0	0,0	4,6	2,4	2,5	0,0	0,0
Tumores (neoplasias)	4,5	9,3	5,0	0,0	0,0	4,7	4,8	15,4	5,5	0,0	4,6	7,1	10,1	2,7	0,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	9,0	0,0	9,9	10,7	0,0	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	6,9	0,0	5,0	5,5	0,0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	0,0	0,0	14,9	5,4	5,9	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	7,6	2,7	3,0
Enfermedades del sistema respiratorio	13,5	4,6	9,9	32,2	11,9	18,8	0,0	5,1	0,0	12,3	16,1	2,4	7,6	16,4	12,1
Enfermedades del sistema digestivo	0,0	4,6	0,0	5,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	2,7	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	4,5	0,0	0,0	0,0	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	3,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	85,4	106,9	64,5	69,8	112,6	107,9	82,0	56,6	105,3	61,3	96,4	94,7	60,6	87,3	87,4
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	53,9	41,8	39,7	26,8	53,3	56,3	29,0	56,6	55,4	55,2	55,1	35,5	48,0	40,9	54,2
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Todas las demás enfermedades	4,5	0,0	0,0	5,4	5,9	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0	2,3	2,4	0,0	2,7	3,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,0	9,3	19,8	5,4	0,0	18,8	4,8	5,1	0,0	12,3	9,2	7,1	12,6	2,7	6,0

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

3.3 Eventos trazadores en salud pública

Al realizar la semaforización del cálculo de las diferencias relativas de los indicadores trazadores relacionados con las metas estratégicas del PDD y del PTS actual, se evidencia que para los indicadores del 2024 no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre Engativá y Bogotá (67) (68) (69) (70) (ver **Tabla 20**).

Tabla 20. Semaforización indicadores trazadores asociados a metas del actual PDD y PTS, localidad Engativá Vs. Bogotá, 2019 – 2024

Indicadores trazadores asociados a metas estratégicas del PDD y PTS 2024 - 2027	Meta 2024	Bogotá 2024	Engativá 2024	Comportamiento						
				2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Razón de mortalidad materna	35,4	33,6	38,8	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad perinatal	10,0	11,5	12,3	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad infantil	<9,0	9,3	7,8	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad en menores de cinco años	<10,3	10,9	9,7	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Prevalencia riesgo DNT Aguda en menores de cinco años	13,0	12,3	12,4	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Prevalencia DNT Aguda en menores de cinco años	1,6	1,5	1,6	↗	-	↗	↘	↗	↘	↘
Proporción de bajo peso al nacer	15,2*	16,5	15,4	↗	↗	↘	↗	↘	↗	-
Tasa mortalidad prematura por condiciones crónicas**	<125,0	126,3	116,6	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa específica de fecundidad 10 a 14 años	0,6	0,8	0,4	↗	-	↘	↗	-	-	-
Tasa específica de fecundidad 15 a 19 años	20,8	18,3	12,4	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,6	1,9	1,0	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por suicidio	5,2	4,4	3,5	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos 2019-2023 “cerrados” 2024 “preliminares”, ajustado 13-01-2025. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN -SDS datos 2020-2023 “cerrados” 2024 “preliminares”. Base SIVIGILA-SDS sífilis congénita datos 2020-2023 “cerrados” 2024 “preliminares”, el indicador incluye población migrante. Salidas de información de lesiones fatales de causa externa publicadas en la página del INMLCF, años 2019-2023 “finales” y 2024 “preliminares”, corte diciembre de 2024. Proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018. Nota: *Este indicador no tiene meta establecida en el PDD, por lo tanto, se toma línea base distrital calculada en 2022. **Indicador calculado en población de 30 a 70 años.

En cuanto al comportamiento de los indicadores trazadores de Engativá para el periodo 2019 a 2024, ninguno presenta tendencia al alza, mientras la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad en menores de cinco años, la tasa de incidencia de sífilis congénita y la tasa de mortalidad por suicidio registraron reducción entre 2022 y 2024. Al comparar los indicadores de 2024 con respecto al 2023, la Razón de Mortalidad Materna-RMM-, fue 1,2 veces superior, mientras el indicador de mayor descenso fue la tasa de incidencia de sífilis congénita que se redujo en un 41,2% (67) (68) (69) (70) (ver **Tabla 20**).

Por otra parte, se evidencia para 2024 que la tasa de mortalidad perinatal, la RMM y la proporción de BPN estuvieron por encima de la meta del Distrito y/o de la línea base con indicadores superiores en 23,0%, 8,1% y 1,3% respectivamente (67) (ver ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.).

Con relación a las mortalidades maternas se reportaron dos casos, el primero fue notificado por el Hospital Simón Bolívar que corresponde a una primigestante de 16 años, residente en el Barrio la Estrada (estrato tres) de la UPZ Las Ferias, localidad de Engativá (ver **Mapa 7**), quien se encontraba afiliada al régimen subsidiado con Capital Salud (inicialmente con atención mediante el convenio con la Organización Internacional para las Migraciones-OIM-procedente

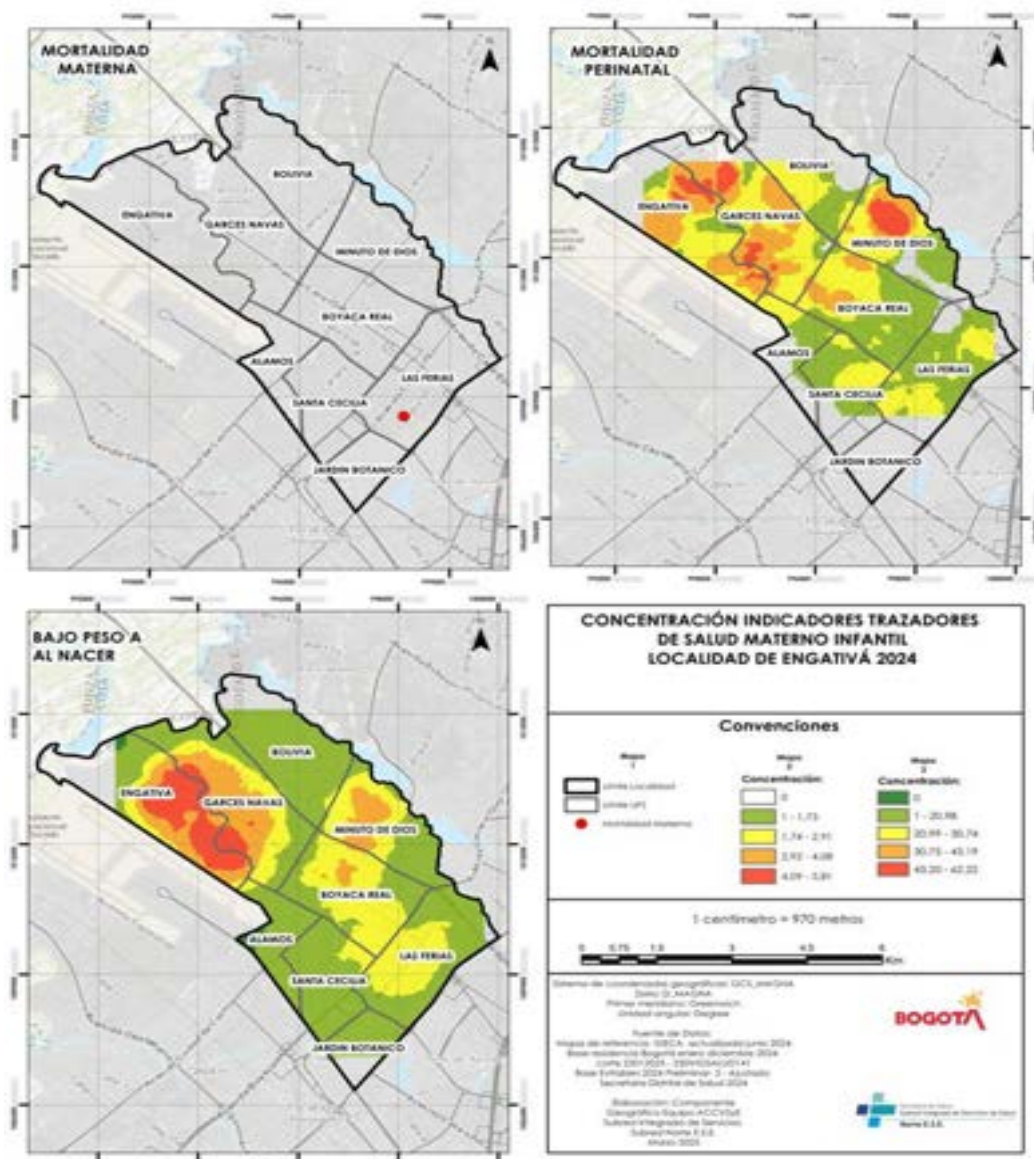
de Venezuela desde hace dos años, con nivel educativo bachillerato incompleto (adolescente desescolarizada), cuya causa básica de defunción fue preeclampsia severa (67). Según la unidad de análisis realizada, se trató de una mortalidad materna temprana indirecta, no evitable e intervenible, en la cual se identificaron demoras relacionadas con fallas en la adherencia a guías de atención de trastornos hipertensivos, falta de reconocimiento de signos de alarma y subvaloración del riesgo por parte de los profesionales de salud; de igual forma, se identificaron fallas en el diligenciamiento de la historia clínica, así como en el abordaje de gestantes migrantes y falencias para la atención del parto humanizado (71).

El segundo caso notificado de mortalidad materna fue notificado por la Clínica Palermo que corresponde a una gestante de 31 años, de nacionalidad colombiana residente en la UPZ Minuto de Dios (estrato 3), localidad de Engativá (ver **Mapa 7**), quien se encontraba afiliada al régimen contributivo con Sura E.P.S, con nivel educativo profesional cuya causa básica de defunción fue “Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio” (67). De acuerdo con la unidad de análisis, el caso corresponde a una mortalidad materna indirecta no evitable e intervenible, por parte de los participantes se solicitó ajuste del certificado de defunción para registrar la causa básica de muerte con el diagnóstico de Malformación arteriovenosa temporal derecha. Algunas demoras identificadas se relacionaron a incumplimiento en las acciones de protección específica por fallas en el seguimiento de planificación familiar, fallas asociadas al incumplimiento de las acciones de educación y comunicación para la salud, adicionalmente, se identificaron se presentaron fallas en el diligenciamiento de la historia clínica, barreras administrativas para acceder a la atención en salud y no se evidenció valoración del riesgo obstétrico (71).

En cuanto a la mortalidad perinatal se notificaron 64 casos en 2024, de los cuales el 75,0% (n=48) eran fetales y el 10,9% (n=7) embarazos múltiples. Dentro de las principales causas de defunción de acuerdo con clasificación 6/67 de la OMS/OPS se ubicaron feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento con el 50,0% (n=32), seguido de resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal con el 15,6% (n=10). Con relación a las características de la madre las edades oscilaban entre los 17 y 40 años con un promedio de 28,3 años, el 48,4% (n=31) estaban en unión libre hace más de dos años, el 32,1% (n=12) tenía nivel educativo de media académica y el 14,1% (n=9) eran de nacionalidad extranjera venezolana. De otro lado, el 62,5% (n=40) de las madres se encontraban afiliadas al régimen contributivo, en su mayoría a Sanitas EPS (n=11) y Compensar EPS (n=8). Las UPZ con la mayor proporción de casos fueron Garcés Navas con el 25,0% (n=16), seguido de Engativá con el 21,9% (n=14) y el Minuto de Dios con el 15,6% (n=10) (67) (ver **Mapa 7**).

Finalmente, para el evento de BPN se registraron 793 casos en 2024, de los cuales el 53,3% (n=423) correspondía a mujeres, el 52,2% (n=414) de los nacimientos fueron pretérmino y el 81,2% (n=644) tenía más de cuatro controles prenatales. Respecto a las características de la madre el 7,7% (n=61) eran adolescentes y jóvenes (entre 14 a 19 años), mientras que el 15,4% (n=122) tenía más de 35 años; el 51,2% (n=406) estaba en unión libre hace más de dos años, el 32,5% (n=258) con educación de media académica y el 9,8% (n=78) de nacionalidad extranjera venezolana. De otro lado, el 74,7% (n=592) de las madres estaban afiliadas al régimen contributivo, en su mayoría a Sanitas EPS (n=170) y Compensar (n=138). Adicionalmente, las UPZ con mayor proporción de reportes fueron Engativá con el 23,8% (n=189), Garcés Navas con el 21,4% (n=170) y Boyacá Real con el 15,1% (n=120) (67) (ver **Mapa 7**).

Mapa 7. Casos eventos de salud materno infantil localidad de Engativá, Subred Norte, 2024



Fuente: mapa de referencia IDECA actualizada junio 2024. Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos 2024 “preliminares”, ajustado 13-01-2024.

3.4 Problemáticas y necesidades sociales y ambientales

La identificación de problemáticas y necesidades de salud, sociales y ambientales es un proceso que se lleva a cabo a partir de VEBC, tiene como propósito el fortalecimiento de la red de vigilancia comunitaria integrada por vigías y gestores en salud, los cuales se encargan de la identificación y notificación de las situaciones problemáticas que inciden desfavorablemente en la salud y el bienestar de las personas en sus comunidades (72).

Para el periodo de enero a octubre de 2024, la mayor cantidad de notificaciones en la localidad de Engativá se presentaron en las UPZ Minuto de Dios, Las Ferias y Engativá, mientras que el menor número, ocurren en Jardín Botánico, Bolivia y Santa Cecilia. De estas la mayor cantidad de reportes se presentan en el eje ambiental, seguido por el eje social y por último el de salud (ver **Tabla 21**).

Tabla 21. Reporte de situaciones problemáticas por ejes en la localidad de Engativá, enero a octubre, 2024

Nombre UPZ	Eje Ambiental	%	Eje de salud	%	Eje social	%	Total	%
MINUTO DE DIOS	90	65,2	11	8,0	37	26,8	138	24,3
LAS FERIAS	63	52,1	23	19,0	35	28,9	121	21,3
ENGATIVÁ	58	67,4	11	12,8	17	19,8	86	15,1
GARCÉS NAVAS	55	72,4	11	14,5	10	13,2	76	13,4
BOYACÁ REAL	40	53,3	16	21,3	19	25,3	75	13,2
ÁLAMOS	22	75,9	1	3,4	6	20,7	29	5,1
SANTA CECILIA	14	48,3	13	44,8	2	6,9	29	5,1
BOLIVIA	9	90,0	0	0,0	1	10,0	10	1,8
JARDÍN BOTÁNICO	3	75,0	1	25,0	0	0,0	4	0,7
TOTAL	354	62,3	87	15,3	127	22,4	568	100,0

Fuente: Ficha Técnica de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad – VEBC-.

En el eje ambiental la problemática más notificada es la acumulación residuos sólidos en espacio público. Esta situación problemática tiene un impacto considerable en la salud pública, ya que favorece la proliferación de vectores como mosquitos, ratas y cucarachas, aumentando el riesgo de brotes e infecciones. De igual manera la contaminación ambiental podría afectar la calidad del aire, el agua y el suelo, exponiendo a las comunidades residentes a condiciones insalubres que pueden derivar en problemas respiratorios, dermatológicos y digestivos. Por ello, una gestión eficiente de los residuos es esencial para proteger la salud y el bienestar de la población.

En el eje social, la problemática con mayor cantidad de reportes es el consumo de SPA en espacios públicos, parques y zonas de recreación. Esta situación impacta negativamente la convivencia, genera estrés, ansiedad y una sensación de inseguridad en la comunidad, lo que dificulta la apropiación del espacio público y limita el acceso a entornos seguros para realizar actividades recreativas y deportivas.

El consumo de SPA en estos lugares provoca una percepción de inseguridad que conduce al desplazamiento de la comunidad y la pérdida del uso adecuado de estas infraestructuras, afectando la adopción de hábitos saludables como la actividad física.

En el eje de salud, la problemática de mayor impacto reportada corresponde a otro tipo de Problemáticas Colectivas, siendo el incumplimiento de los protocolos de bioseguridad la más relevante. Engativá, una de las localidades con mayor actividad comercial, gran parte de ella en condición de informalidad por ello se requiere un fortalecimiento en la aplicación de estos protocolos, especialmente en la preparación de productos y alimentos, así como en la disposición final de residuos. Esto permitirá garantizar el bienestar tanto del ambiente como de la comunidad en general.

3.5 Núcleos de inequidad socio sanitaria a nivel local

A continuación, se describen los núcleos de inequidad en salud y se esboza información que contextualiza los problemas y las necesidades de la localidad.

3.5.1 Núcleo Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud

Frente a este núcleo de inequidad se puede mencionar que en cuanto al acceso efectivo se pueden identificar factores asociados a la carencia de hábitos de vida saludable, reflejados en el estado nutricional que, sumado a la carencia en los controles y seguimientos prenatales, así como la inadecuada valoración del riesgo obstétrico puede estar relacionada a complicaciones maternas como preeclampsia, eclampsia, entre otras; que llevan a situaciones como muertes maternas, partos pretérminos, muertes perinatales, embarazos adolescentes y/o de recién nacidos con BPN. Asimismo situaciones de vulnerabilidad como las situaciones irregulares de migrantes sin aseguramiento, complica el riesgo de vida de las gestantes. Los casos se presentaron principalmente en las UPZ Engativá, Garcés Navas, el Minuto de Dios y Ferias.

En esta misma línea, en cuanto al acceso a servicios de salud mental en términos de oportunidad y la capacidad instalada, se están incrementando las conductas suicidas; se identifica que las afectaciones emocionales, las enfermedades mentales y los conflictos en pareja, son las principales causas. Específicamente, en la localidad hay un aumento del suicidio consumado en hombres especialmente en las UPZ Garcés Navas y Engativá. Asimismo, con los NNA y jóvenes se ha dado cuenta del incremento en la ideación suicida en los entornos escolares. Esto puede estar asociado a condiciones socioeconómicas y oportunidades de crecimiento personal, la falta de proyectos de vida y herramientas de manejo emocional en periodos de tránsito físico y emocional.

La carencia y/o inexistencia de redes de apoyo genera diferentes situaciones relacionadas al cuidado y bienestar de poblaciones vulnerables y sus cuidadores. Especialmente con las personas con discapacidad y adultos mayores se identifican problemáticas asociadas al abandono y la salud mental. De igual forma, se están detonando factores estresantes en los cuidadores primarios, quienes asumen gran parte de la responsabilidad de las personas con alguna condición especial. La carencia de oferta de espacios para atender y recibir población adulta mayor y/o con discapacidad en sectores como Engativá pueblo dan cuenta de la deficiencia institucional en estos territorios y las barreras de acceso geográfico.

3.5.2 Núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en la localidad que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población

En cuanto al núcleo de inequidades poblacionales se están presentando puntos de concentración de consumo y expendio de SPA en el espacio público, parques y zonas de recreación, en especial en las UPZ Bolivia, Garcés Navas y Boyacá Real. Un ejemplo claro corresponde a las personas en condición de habitabilidad en calle; quienes son instrumentalizados para consumir y expedir diferentes tipos de sustancias en este tipo de lugares y que frecuentemente son estigmatizados y segregados de dichos puntos por parte de la comunidad. Asimismo, culturalmente se puede relacionar que los hombres entre los 15 a 39 años están en mayor exposición del consumo normalizado del alcohol y otro tipo de

sustancias psicoactivas, esto puede traer como consecuencia la exposición a riñas y escenarios de violencia física en dichos puntos.

La localidad cuenta con diferentes sectores que tienen una mayor notificación de eventos de violencia de género e intrafamiliar como los son las UPZ Minuto de Dios, las Ferias y Engativá. Sectores de gran vulnerabilidad socioeconómica y donde confluyen diferentes poblaciones vulnerables como lo son los migrantes, las personas que realizan ASP que en su mayoría son mujeres o personas que se identifican dentro del colectivo LGBTIQ+, y personas en situación de habitación en calle, lo que genera zonas de tolerancia y de dinámicas de conflicto territorial, ya sea entre las mismas poblaciones o entre los residentes y vecinos del sector.

Por otro lado, se identifica que a partir de los imaginarios sociales, arraigos culturales y estereotipos que se guardan con las enfermedades de transmisión sexual se puede identificar que hay una relación con el aumento de la mortalidad por VIH en hombres adultos. Asimismo, dicha percepción de la enfermedad puede estar relacionado a la falta de adherencia a los tratamientos con VIH, lo cual representa una barrera de acceso importante. Esta situación se presenta especialmente en la UPZ Boyacá Real.

Finalmente, se puede dar cuenta que de forma generalizada en la localidad y el distrito no hay un manejo adecuado de residuos sólidos, especialmente en las UPZ Minuto de Dios, las Ferias y Engativá. Las estrategias de separación en la fuente no están dando respuesta a la necesidad; además no se percibe una corresponsabilidad con la disposición de residuos, no hay una cultura del reciclaje, entre ellos, la disposición de basuras en los horarios correspondientes, así como la separación en la fuente. Las empresas recolectoras son insuficientes frente a la carga de residuos que se manejan. Asimismo, esta conducta se ve reflejada en la contaminación de cuerpos de agua y zonas ambientales importantes, ya que, al no encontrar alternativas de disposición, los residuos terminan en canales, parques, humedales y ríos. Esta última situación puede tener relación con casos de Infección Respiratoria Aguda- IRA-, y la mortalidad por este tipo de causa en menores de 5 años.

3.5.3 Núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud

En cuanto la gobernanza y gobernabilidad se identifica que las acciones intersectoriales carecen de gestiones coordinadas que ayuden a complementar problemáticas individuales y colectivas, lo que conlleva a que la efectividad e impacto de las mismas no se reflejan a nivel local. Los acuerdos entre entidades no trascienden la capacidad institucional y se limita el despliegue institucional cuando se requiere algún tipo de apoyo.

Asimismo la carencia de respuesta interinstitucional relacionado a poblaciones étnicas ha traído una complicación importante con la comunidad Embera, quienes residen en el Parque Florida. Si bien se cuenta con atenciones esporádicas para la población, no se está dando respuesta efectiva frente al reconocimiento cultural y valoración médica. Es necesaria una atención integral para la población donde se faciliten las condiciones dignas para la vida.

3.6 Reflexiones Finales

Teniendo en cuenta el comportamiento de las enfermedades de la localidad de Engativá se pueden comprender las relaciones asociadas a los determinantes sociales y cómo desde los núcleos de inequidad se puede dar un acercamiento territorial más focalizado, a nivel espacial y poblacional que, tenga en cuenta dentro del comportamiento de los eventos, las multicausalidades que contiene una problemática en salud.

En este sentido, es importante comprender algunos factores socio-culturales que pueden estar asociados a la problemática de la violencia intrafamiliar y de género, puesto que para la localidad de Engativá se ha presentado aumento de la notificación de casos desde el año 2021, principalmente en las UPZ Minuto de Dios, las Ferias y Engativá. Si se tiene en cuenta el componente poblacional, se pueden reconocer escenarios donde la actividad sexual pagada, sectores de consumo de SPA, y otros espacios de vulnerabilidad social cuentan con unas formas de relacionamiento que guardan una tensión. Esto sumado a una brecha económica estable, genera que, dentro de las prácticas culturales de resolver conflictos, tiende a ser desde una parada agresiva y conflictiva. Por ello, en estos escenarios es importante reconocer la interseccionalidad en este tipo de contextos.

Al analizar algunas de las problemáticas relacionadas con salud materno infantil en la localidad, es posible identificar asociaciones con las inequidades en el acceso a los servicios de salud, como la inadecuada valoración del riesgo obstétrico que puede conllevar a complicaciones maternas, carencia de hábitos de vida saludables reflejados en el estado nutricional, falta de controles y seguimientos prenatales, así como situaciones de vulnerabilidad poblacional en migrantes sin aseguramiento. Lo anterior, desencadena eventos asociados al BPN, la mortalidad materna y perinatal, principalmente en las UPZ Engativá, Garcés Navas y el Minuto de Dios.

Por otra parte, es importante generar procesos intersectoriales articulados, donde la gestión pública se vea reflejada en la respuesta institucional frente a necesidades puntuales. Para las comunidades indígenas Embera, es prioritario establecer acuerdos coordinados desde la visión y cosmología de los pueblos. Por tanto, la constante comunicación y comprensión de otras perspectivas de salud serán cruciales para comprender y dar respuesta a una necesidad poblacional que históricamente no se ha podido regular ni mitigar.

4. CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.

4.1 Análisis de la respuesta sectorial, intersectorial y social

Para comprender el estado actual de la salud en la localidad, es fundamental analizar cómo los diferentes sectores, actores y la comunidad han respondido a las problemáticas identificadas, considerando tanto los avances alcanzados como las limitaciones que aún persisten.

En este capítulo se comprenderá la respuesta de los diferentes actores; público, privado y social, a partir de los núcleos de inequidad y desde las problemáticas identificadas en el capítulo anterior (ver **Anexo 6**).

En este orden de ideas, se realiza una descripción sucinta de la respuesta sectorial a partir de sus avances y limitaciones. Por último, se brindan unas reflexiones finales frente a la respuesta y un acercamiento a posibles estrategias que favorezcan la respuesta a la problemática atendiendo su contexto y la influencia de los determinantes sociales de la salud en las condiciones de vida de la población.

Núcleo Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud

Avances

En cuanto a la problemática relacionada con la atención y acceso con gestantes, se cuenta con una oferta sectorial robustecida para dar seguimiento y control de las gestantes, por ser una población prioritaria, se genera y disponen programas para atender las dificultades. Por ejemplo, se cuenta con la estrategia IAMI, una de las acciones más importantes frente al control y seguimiento con gestantes. Así se describe por uno de los profesionales del PSPIC:

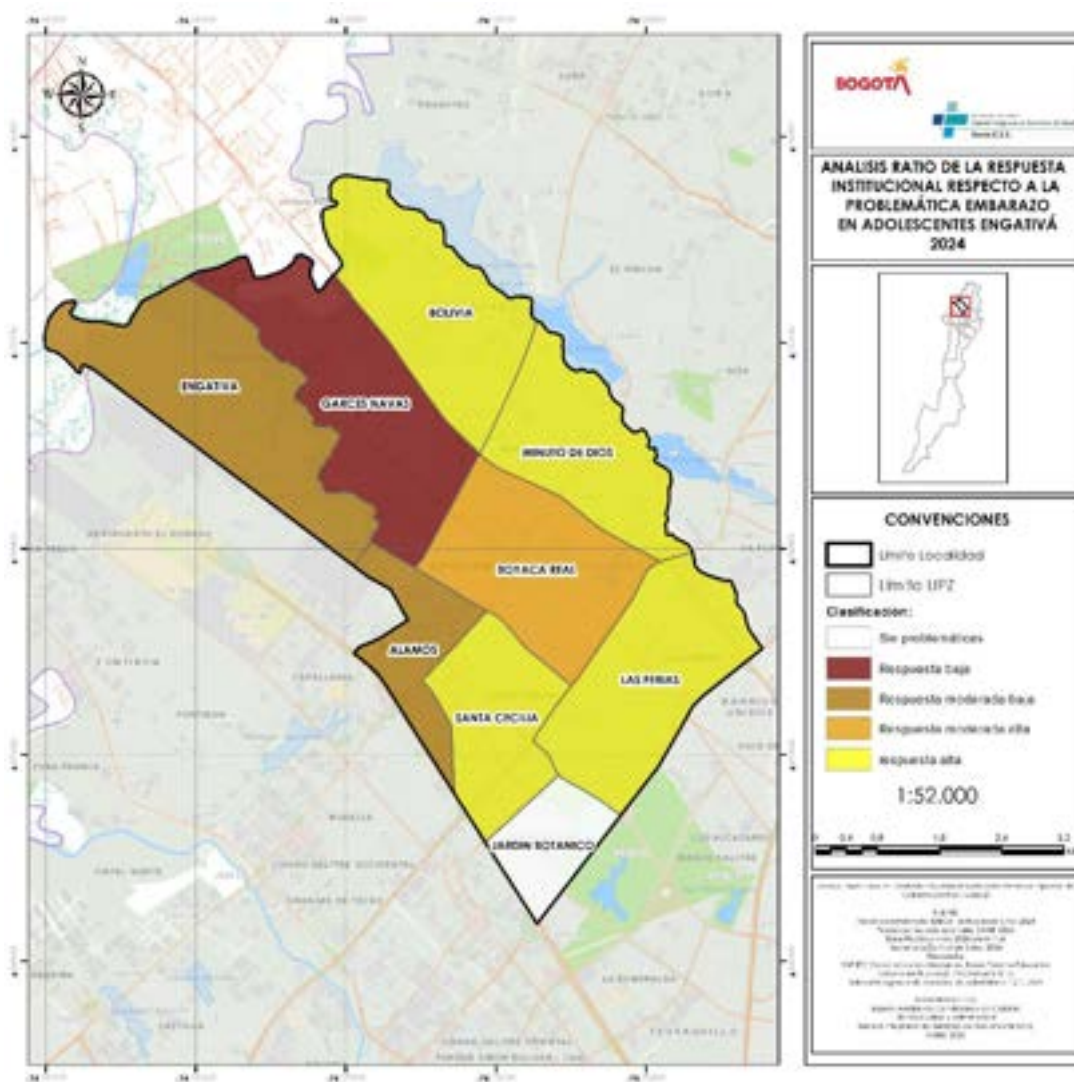
“Desde el sector salud “tenemos una estrategia que se ajusta a disminuir todos esos indicadores, que es la estrategia IAMI ya que aborda la mujer desde antes de que estás pensando en quedar embarazada, ya te puede abordar, esa estrategia te aborda todo el embarazo, todos los niños hasta menores de seis años. Entonces realmente la oportunidad está. Necesitamos que esa estrategia esté implementada y sea efectivamente permanente, porque pues nuestros indicadores, o sea, en la implementación de la estrategia, a pesar de que hemos avanzado, que el año pasado avanzamos mucho y la Subred Norte avanzó mucho en ese tema, pues el reto grande es lograr mantener unos indicadores que realmente den respuesta a esa efectividad de la estrategia, porque la estrategia lo tiene todo, intersectorial, sectorial, para que esa mujer, esa familia llegue a éxito en todo” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

En relación con dicha problemática es importante resaltar algunos eventos relacionados a la atención materno infantil. El embarazo en adolescentes refleja profundas desigualdades sociales y económicas en el territorio. Frente a este fenómeno, se han implementado acciones de promoción y prevención desde diferentes entornos y procesos. En el Entorno Educativo, las instituciones educativas han desarrollado jornadas de cuidado y bienestar dirigidas al estudiantado, con el objetivo de prevenir embarazos en adolescentes y, en caso de presentarse, brindar orientación oportuna (73). Por su parte, el Entorno Institucional, a través de la estrategia de Gestión Estratégica de Acciones de Interés en Salud Pública en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, ha avanzado en su segunda meta estratégica, centrada en la salud sexual, reproductiva y materno-infantil. Esta incluye acciones específicas frente al embarazo adolescente, salud materna y perinatal, así como el manejo de infecciones de transmisión sexual (74). Adicionalmente, desde VSP, se han desarrollado IEC orientadas a la caracterización y seguimiento de gestantes. De igual forma, el componente EBE-H ha

realizado visitas casa a casa, brindando atención integral en salud a familias, lo que ha permitido superar barreras de acceso en población vulnerable.

Las UPZ con suficiencia de acciones frente a esta problemática, son Bolivia, Minuto de Dios, Las Ferias y Santa Cecilia, donde la respuesta institucional supera la magnitud del problema. Particularmente, Bolivia y Santa Cecilia presentan la ocurrencia más baja de embarazo adolescente en la localidad, mientras que Minuto de Dios y Las Ferias, aunque con mayor ocurrencia, también cuentan con una respuesta mayor y suficiente (ver **Mapa 8**). Asimismo, Boyacá Real presenta una respuesta moderada alta, lo cual indica una proporcionalidad adecuada entre la magnitud de la problemática y las acciones desplegadas. Sin embargo, las UPZ Engativá y Álamos reflejan una respuesta moderada baja, a pesar de registrar cifras de embarazo similares a las UPZ previamente mencionadas.

Mapa 8. Análisis ratio de la respuesta institucional respecto a la problemática embarazo en adolescentes Engativá 2024



Fuente: mapa de referencia IDECA actualizada junio 2024. Proyecciones poblacionales DANE 2024. Base Nacidos vivos 2024 “preliminar” Secretaría Distrital de Salud. VSP IEC Caracterización Gestantes, Bases Entorno Educativo, Entorno Institucional, Efectividad EBE-H, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. 2024.

Otra problemática identificada en la localidad es la mortalidad perinatal, que es prioritaria al representar una alerta sobre las condiciones de salud de las gestantes, el seguimiento prenatal, la calidad del parto y la atención neonatal. Las UPZ con respuesta alta frente a esta problemática son Minuto de Dios, Boyacá Real, Santa Cecilia y Las Ferias, evidenciando una intervención consolidada por parte de los equipos territoriales y los servicios de salud. Estas son seguidas por la UPZ Engativá, con una respuesta moderadamente alta, lo cual refleja un despliegue importante de los Entornos, Procesos y el desarrollo de acciones articuladas en el territorio.

La importancia de mantener estrategias que brindan una posibilidad en la atención y que cuenten con un seguimiento permanente, facilitan la posibilidad de identificar los riesgos en las gestantes y sobre todo en garantizar una atención óptima y de calidad. Hay situaciones que son totalmente controlables como lo pueden ser temas de VIH o sífilis congénita, o temas relacionados al BPN, en cuyo caso la institución tiene la capacidad instalada para dar respuesta oportuna. Asimismo, desde el acompañamiento intersectorial y las alianzas estratégicas con los diferentes programas que ofrecen las instituciones se pueden generar sistemas de alertas, seguimientos y control frente a dichos eventos.

Es necesario tener en cuenta que, para esta problemática relacionada con el acceso, el hecho de que se pueda dar respuesta a la situación podría mitigar las necesidades sociales que tienen que ver con redes de apoyo y el desarrollo pleno de los individuos. Esto expresa uno de los participantes de la mesa de priorización:

“Es un poco ver lo que impacta que fallezca una materna. Es que es más allá del dato y de ver de cantidad, es lo que implica para ese bebé que queda huérfano. Para bebés más, porque normalmente son mujeres que obviamente es el segundo hijo. Entonces el peso grande que tiene mortalidad materna es ese impacto social y familiar que genera quedar unos hijos huérfanos. Eso inmediatamente genera que sean los niños que van a crecer sin una figura materna. Son unos niños que van a tener que enfrentar su vida de una manera diferente, más allá del cuánto, porque a veces pensamos mucho cuánto. Viendo, por ejemplo, mortalidad infantil, uno dice 600 niños. No puede ser, pero probablemente ya cuando uno ve el impacto social, familiar que implica una muerte materna y ojalá y peor si es una mujer adolescente o es una mujer en edad fértil, pues también implica como una ciudadana, como una mujer en la sociedad. Eso también tiene un impacto. Cuando uno mira todo el tema de mortalidad” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Frente al cuidado y atención de la salud mental con hombres, se identifica que existen algunas estrategias que pueden brindar atención psicosocial y estrategias de ayuda en momentos de crisis como lo es la línea calma. Siendo esta la bandera para la atención enfocada con dicha población. Asimismo, se manejan diferentes estrategias principalmente en entornos escolares, donde se da respuesta a nivel grupal o colectivo, desde el reconocimiento emocional del manejo de sus emociones y la identificación de las emociones, orientado hacia

las incidencias sociales. Por ejemplo, el cutting como una acción del daño puede reflejar una tendencia cultural, más allá de una conducta o ideación suicida. Esto es importante, ya que, desde la identificación de signos de alarmas en colegios o universidades, es importante diferenciar las acciones para que, por un lado, no se hagan reportes que no corresponden y que pueden alterar el comportamiento de los indicadores, pero también frente a la respuesta intersectorial y social frente a un fenómeno que normaliza la autoflagelación. Así lo expresa uno de los participantes de la mesa de priorización:

“Sí es una señal de alerta para generar acciones que vayan un poco más a la prevención de esa conducta como tal, que si bien dentro de la ficha de notificación no lo tienen como una conducta suicida y por ende no se le da la importancia que puede llegar a tener porque puede ser una consecuencia de riesgo, sin embargo las acciones que se hacen dentro de los entornos escolares es fundamental para reducir este tipo de conducta, que si bien no es una conducta suicida, pero es un factor de riesgo para que pueda llegar a una conducta suicida” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

La conducta suicida, la cual, aunque muchas veces permanece invisible en el ámbito comunitario, ha mostrado un incremento preocupante en los últimos años. Este panorama hace necesario fortalecer las estrategias de prevención, intervención oportuna y seguimiento desde los diferentes procesos de salud pública y con un enfoque territorial diferenciado.

Desde el componente de Vigilancia en Salud Pública -VSP-, se ha intensificado el monitoreo de casos mediante Investigaciones Epidemiológicas de Campo -IEC- enfocadas en salud mental. Estas permiten un seguimiento detallado de los eventos relacionados con la conducta suicida, desde la ideación hasta los intentos y, en algunos casos, desenlaces fatales. Este enfoque ha facilitado la identificación de factores de riesgo y la implementación de acciones preventivas más focalizadas (73).

Desde el Entorno Cuidador Comunitario, se realizan intervenciones en el espacio público a través de jornadas como Más Bienestar, Cuídate y Sé Feliz, Cuidarte – Cuidándonos a través del Arte y Bienestar Integral es MÁS Salud Mental. Estas actividades promueven la participación masiva de la comunidad, permiten realizar tamizajes de riesgo en salud mental y acercan los servicios a la población en sus contextos cotidianos (74). Adicionalmente, los Equipos Básicos Extramurales Hogar -EBE-H- han fortalecido sus acciones mediante abordajes casa a casa y atención individual de casos priorizados por profesionales en Psicología, logrando un acercamiento directo con las familias y generando espacios de intervención oportuna en contextos de alta vulnerabilidad.

Las UPZ con mayor respuesta institucional frente a la conducta suicida en Engativá son Engativá, Minuto de Dios, Álamos y Las Ferias. Esta respuesta refleja la articulación efectiva entre Procesos y Entornos, particularmente en zonas con alta densidad poblacional y donde confluyen múltiples problemáticas sociales y de salud pública. Por ejemplo, la UPZ Engativá, una de las más pobladas de la localidad, se ubica como la segunda con mayor número de intentos de suicidio, después de Garcés Navas, lo cual evidencia la necesidad de sostener e intensificar las estrategias de intervención en este sector. En la UPZ Boyacá Real, la respuesta institucional se clasifica como moderadamente alta, indicando una proporción adecuada entre la magnitud del problema y la respuesta.

Un avance frente a la salud sexual y reproductiva es la gran cantidad de programas que se relacionan y desarrollan frente a los cuidados y prevenciones de enfermedades de transmisión sexual. Por ejemplo, desde los entornos se cuenta con un equipo asignado para diferentes poblaciones diferenciales como lo son las PSHC y los colectivos LGBTIQ+ o las personas que realizan ASP quienes cuentan con un recurso asignado para la realización de pruebas de tamizaje de VIH y sífilis. En este sentido, se identifica que, si bien se cuenta con la facilidad de identificar la población afectada con dichas enfermedades, es importante dar cuenta las barreras de acceso que puedan tener al momento de la identificación, facilitando la adherencia a tratamientos. Dicha situación suele ser reiterada en los equipos territoriales que aplican dichas pruebas:

“Por ejemplo, ahorita me reportaron dos personas de la comunidad LGBTI VIH positivos que en este momento no se encuentran asegurados y no tienen acceso al servicio de salud para los retrovirales. Entonces la pregunta es más por qué sea el aumento, es determinar bien cuántas personas están diagnosticados y cuántas personas realmente tienen acceso o no al tratamiento y determinar muy bien cuál es el acceso que se le dan las personas que no cuentan con un sistema de aseguramiento, cómo se les da acceso a esos medicamentos de tratamiento sin un tema tanto de barreras de acceso. Creo que sala también es muy interesante la pregunta y algo hablaban de la población migrante, que eso ha exacerbado mucho el aumento de las ETS acá en la localidad, principalmente sífilis y VIH.” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Limitaciones

Se identifican varias situaciones que han limitado la atención oportuna y de calidad con gestantes. En principio se identifican barreras poblacionales y socioeconómicas que no permiten que se lleven a cabo los controles prenatales, las condiciones de vida y las necesidades de subsistencia imposibilitan la necesidad de tener un mejor control y seguimiento a estos embarazos. Asimismo, el acceso a los servicios en ocasiones es compleja debido a la oferta disponible y los desplazamientos requeridos para realizar controles prenatales, no se tienen en cuenta que las gestantes carecen de movilidad, sumado a que en muchas situaciones tienen que ir por su propia cuenta, sin acompañante o acudiente. Debe haber mayor rigurosidad de seguimiento por parte de las EAPB con el fin de generar una mayor conciencia frente a la importancia de los cuidados preconcepcionales. A nivel intersectorial se deben hacer esfuerzos de articulación que permitan identificar personas de alto riesgo, así como fortalecer territorios de alta vulnerabilidad social y económica.

En cuanto al embarazo adolescente es importantes brindar especial atención a la UPZ Álamos, la más pequeña y menos poblada de la localidad, la cual, a pesar de su tamaño, reporta mayor ocurrencia de casos que Bolivia y Santa Cecilia, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las acciones de promoción y prevención. Aunque su densidad poblacional y condiciones no son tan críticas como otras zonas, es importante no descuidar los esfuerzos en este territorio. Por otro lado, la UPZ Garcés Navas representa el caso más crítico, con la mayor ocurrencia de embarazo adolescente y la respuesta institucional más baja en toda la localidad. Esta situación demanda una intervención urgente, ya que expone la desarticulación entre la magnitud del problema y la capacidad de respuesta institucional. La UPZ Jardín Botánico no presenta ocurrencia de casos de embarazo en adolescentes, sin embargo, esto no debe

implicar la no ejecución de acciones de promoción y prevención, ya que la salud mental y más concretamente la conducta suicida es una problemática silenciosa, difícil de detectar y puede presentarse en cualquier espacio (ver **Mapa 8**).

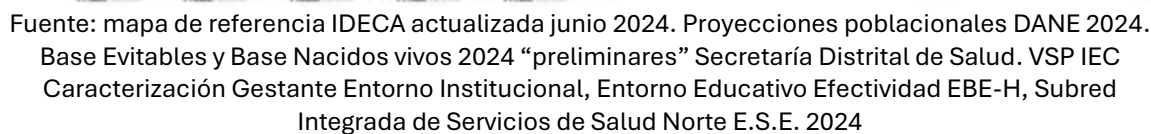
El embarazo en adolescentes no solo implica un reto en salud pública, sino que está profundamente asociado a determinantes sociales como la pobreza, el bajo acceso a educación, la violencia intrafamiliar y la falta de un proyecto de vida. En muchos casos, el embarazo se convierte en una forma percibida de estabilidad o propósito, en ausencia de oportunidades reales. Por ello, se hace imprescindible una respuesta intersectorial que articule a entidades como la Secretaría de Educación, la Secretaría de Integración Social, el SENA y el sector privado, para ofrecer alternativas de formación, empleo y acompañamiento integral. Este abordaje debe centrarse especialmente en zonas como Engativá y Garcés Navas, donde se concentra población vulnerable y con necesidades de intervención.

Una de las problemáticas de mayor impacto en la localidad de Engativá es la mortalidad materna, evidenciada en la ocurrencia de casos en las UPZ Boyacá Real y Las Ferias. Estos eventos son de alta sensibilidad y relevancia en salud pública, ya que señalan posibles fallas en la atención en salud y en el sistema de respuesta institucional. La ocurrencia de dos casos durante el periodo analizado limita la posibilidad de realizar una evaluación cuantitativa de suficiencia frente a la problemática; sin embargo, su sola existencia indica la necesidad de revisar y fortalecer los protocolos de atención a gestantes, en los niveles asistencial y administrativo. Es fundamental garantizar una atención oportuna, segura y de calidad, eliminando barreras de acceso que puedan surgir por deficiencias en cobertura, infraestructura o gestión de servicios (ver **Mapa 9**). Por otro lado, la UPZ Jardín Botánico no presentó casos de mortalidad materna ni perinatal durante el periodo analizado, lo que reafirma la necesidad de mantener las acciones de promoción y prevención que se han implementado de manera efectiva hasta ahora.

Frente a la mortalidad perinatal las UPZ Garcés Navas y Álamos presentan una respuesta moderadamente baja. Aunque ambas comparten esta clasificación, su contexto es diferente: Garcés Navas destaca por su alta densidad poblacional, su complejidad social y su acumulación de múltiples problemáticas de salud pública, lo que requiere una respuesta más robusta y priorizada por parte del sector salud. En contraste, Álamos, aunque presenta una menor densidad poblacional y una baja ocurrencia de casos, es importante no subestimar las intervenciones en este territorio. Finalmente, la UPZ Bolivia se identifica como la UPZ con respuesta más baja, situación que requiere acciones inmediatas de fortalecimiento institucional, seguimiento a gestantes y vigilancia estrecha de los determinantes que puedan estar incidiendo en los desenlaces adversos durante el embarazo y parto.

En cuanto a los casos de BPN, se evidencia un aumento en varias UPZ de la localidad, lo que la convierte en otra problemática emergente de salud materno-perinatal. Las UPZ con respuesta alta frente a esta condición son Minuto de Dios, Santa Cecilia, Las Ferias y Jardín Botánico, este último, aunque usualmente no ha presentado ocurrencia de eventos, registró casos en el periodo actual, lo cual resalta la necesidad de mantener vigilancia activa. La UPZ Boyacá Real presentó una respuesta moderadamente alta, y nuevamente se identifican Garcés Navas y Álamos con una respuesta moderadamente baja, con Garcés Navas como el territorio con mayor necesidad de intervención, debido a la acumulación de eventos adversos en salud y factores estructurales asociados como la pobreza, la inseguridad alimentaria y el

Mapa 9. Análisis ratio de la respuesta institucional respecto a las problemáticas en salud materno infantil y nutricional Engativá 2024



Por otro lado, es importante señalar que existe una gran falencia frente a la atención psicosocial para hombres. Es evidente que la población no es un foco de atención y por lo tanto las acciones son limitadas. Asimismo, se carecen de estrategias a nivel general que brinden herramientas de manejo emocional, prevención y alertas frente a las conductas suicidas. Para ello es importante generar alianzas transectoriales que permitan amortiguar la carga frente a las necesidades psicosociales. Las universidades se muestran como una buena alternativa para la contención emocional y una atención básica en momentos de crisis.

En cuanto a la respuesta institucional, a nivel espacial se identifica que Santa Cecilia y Bolivia presentan una respuesta moderadamente baja. Aunque estas UPZ reportan una menor ocurrencia de casos y condiciones socioeconómicas distintas, es fundamental no relajar los esfuerzos preventivos, dado que la conducta suicida es una problemática silenciosa y transversal, que puede afectar a personas de cualquier edad, género o estrato socioeconómico.

Un caso crítico es el de la UPZ Garcés Navas, la cual registra el mayor número de intentos de suicidio en la localidad, pero muestra una respuesta institucional insuficiente (ver **Mapa 10**). Esta situación resalta la necesidad de fortalecer no solo las acciones institucionales, sino también los mecanismos de apropiación comunitaria, ya que, sin participación de la población, las intervenciones pueden carecer del impacto esperado. En este sentido, es clave fortalecer las estrategias de comunicación, seguimiento y acompañamiento psicosocial comunitario.

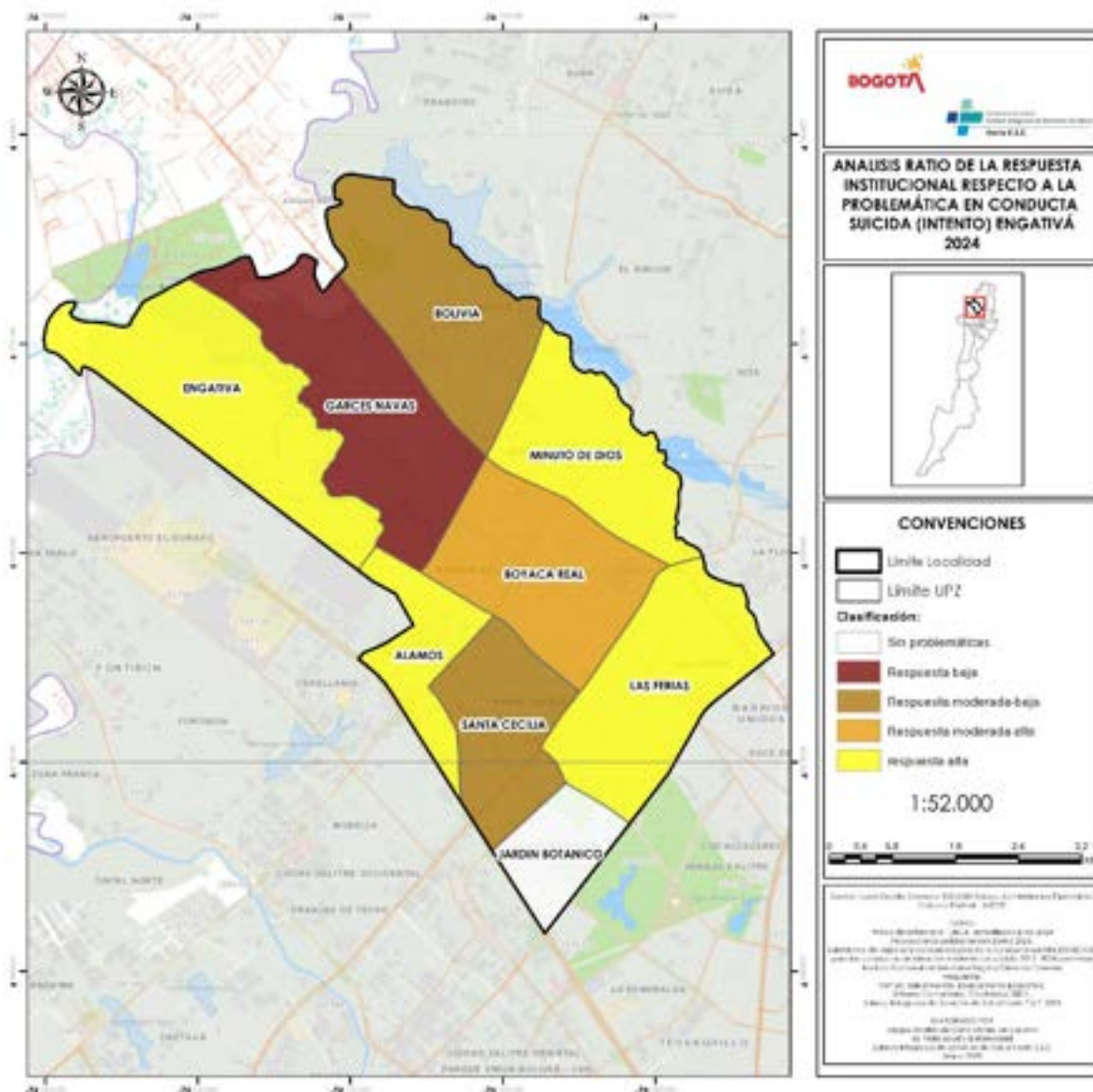
Se destaca que en la UPZ Jardín Botánico no se registraron casos de conducta suicida en el periodo analizado, lo cual podría relacionarse con la poca población que reside en esta UPZ que tiene un uso del suelo mayormente institucional por la presencia del Jardín Botánico. Sin embargo, esto no debe implicar el desmonte de acciones preventivas, ya que la salud mental debe abordarse de forma transversal y sostenida en toda la localidad.

La conducta suicida, requiere una respuesta intersectorial articulada. La coordinación entre el sector salud, educación, integración social, cultura, deporte y entidades del sector privado es fundamental para garantizar intervenciones integrales, sostenibles y sensibles al contexto local, que generen un impacto positivo en la salud mental de la comunidad de Engativá.

Finalmente, lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, es importante dar cuenta que, para la población de hombres es limitada la oferta, sumado a que se identifica una gran falencia en cuanto a la adherencia a los tratamientos, situación que se agudiza por estereotipos e imaginarios que se guardan frente a las enfermedades de transmisión sexual.

Asimismo, los mecanismos de seguimiento y control se agudizan con poblaciones vulnerables, como lo pueden ser PSHC, quienes cuentan con tamizajes de VIH y sífilis, pero hay una gran barrera para la identificación y contacto activo del ciudadano.

Mapa 10. Análisis ratio de la respuesta institucional respecto a la problemática en conducta suicida (intento), Engativá 2024



Fuente: mapa de referencia IDECA actualizada junio 2024. Proyecciones poblacionales DANE 2024. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS) para las conductas de Ideación e intento de suicidio 2012- 2024 “preliminar”, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. VSP IEC Salud Mental, Bases Entorno Educativo, Entorno Comunitario, Efectividad EBE-H. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. 2024.

Núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en la localidad que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población

Avances

La situación de consumo de SPA es un tema transversal que necesita de un abordaje integral para comprender el fenómeno y dar respuesta efectiva a dicha problemática. En principio, es importante comprender que las acciones están orientadas a prevenir el consumo desde la ocupación del tiempo libre o la promoción de hábitos saludables. Desde los equipos de salud, especialmente el entorno comunitario, cuenta con una oferta promocional, enfocada en la prevención del consumo desde el desarrollo individual y colectivo. Es interesante mencionar que si bien hay programas que buscan dar respuesta al tema del consumo, no hay acciones directas que ayuden a mitigar situaciones complejas que necesitan el apoyo de especialistas y programas continuos. Esto es lo que se expresa desde los equipos de la subred norte:

“trabajamos más desde lo promocional, desde lo preventivo, pero la capacidad instalada para lo promocional y lo preventivo es muy baja y la respuesta a las problemáticas no se da en realidad porque no es nuestra competencia, pero tampoco hay una persona o una entidad que genere esa competencia real” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Ahora bien, en relación a la problemática que tiene que ver con la violencia de género e intrafamiliar, es preciso anotar que, se cuenta con unas líneas de atención y canales de información relevantes que dan cuenta del reconocimiento y apropiación de los medios institucionales para generar rutas de atención efectivas. Sin embargo, es importante tener en cuenta acá algunos aspectos que son determinantes para la comprensión del fenómeno. En primera instancia el reflejo de un aumento en el indicador puede demostrar la visibilización de la situación en términos de que se están generando las denuncias, la población ve necesario y evidente dar cuenta que sí existen las violencias. En segundo lugar, esta situación da pie para comprender en este sentido, de qué manera se está dando respuesta a la problemática, ya que, si bien se cuenta con el reporte, no está la trazabilidad del evento que pueda determinar que dichos canales, rutas y estrategias están dando una respuesta efectiva. Así lo señalan en la mesa de priorización:

“El tema violencia como tal es un tema estructural, vemos que no es que se aumenten los casos de violencia, sino que hay un aumento del reporte de las violencias presentadas en este momento por parte de las mujeres, digamos que no se trata de que hayan más mujeres violentadas, abro comillas, no solamente puede ser esa variable, sino que hay más mujeres denunciando ese tipo de violencia, entonces por eso se ve que en la localidad Engativá hay un aumento logarítmico de los eventos 2022-2023 a dos cero dos y lo que llevamos el 2025 también viene como esa tendencia desafortunada al aumento de las violencias” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

A nivel institucional se cuenta con varias estrategias que permiten garantizar la atención y reivindicación de derechos desde diferentes aristas y perspectivas de la problemática. Desde el sector salud se cuenta con programas enfocados a poblaciones diferenciales. El Entorno

Comunitario cuenta con Centros de escucha LGBTI donde se brinda asesoramiento psicosocial en materia de rutas de atención a las VBG, cuidados de la salud mental y desarrollo de habilidades para el manejo emocional, así como acompañamientos solidarios ante casos de barreras de acceso a servicios; entre ellos se destaca la articulación intersectorial con Unidad Contra la Discriminación, Personería, Fiscalía, Subdirección para asuntos LGBTI, Integración Social a través de los/las Delegadas de política. Mientras que desde otros sectores se resalta la oferta disponible desde SDIS y la Secretaría de la Mujer, quienes cuentan con asistencia jurídica, centros de desarrollo, refugios, entre otro tipo de oferta relacionados al ámbito psicosocial.

Ahora bien, en cuanto al manejo de residuos sólidos es importante señalar que si bien a nivel distrital se cuenta con un operador recolector de basuras , y se generan campañas de concientización y sensibilización desde las diferentes instituciones de orden público, así como capacitaciones técnicas frente a la separación en la fuente, la reutilización y manejo de residuos; es importante generar un valor comunitario que permita empoderar realmente a la población para generar menor cantidad de residuos, e implementar estrategias de aprovechamiento de materiales desde casa.

“Pero con todo esto se ha hecho todo, miren, se ha hecho de todo, sensibilización, socialización, se ha hecho de todo. ¿Entonces yo pienso que debe haber una política un poquito más enfocada a este control, cierto? Y eso tiene que ser obviamente, o sea, es que de verdad es muy difícil (...) digamos que esto es una, como digo, la parte de residuos no es mutua, intervienen tanto hasta la propia comunidad, hasta nosotros también, nosotros también somos parte o de la solución y del problema, desde nosotros, desde nuestro saber, desde nuestra casa es de donde inicia la solución” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Limitaciones

La respuesta frente a las personas que ya presentan un consumo problemático tienen una oferta limitada, los programas de rehabilitación son escasos y en su mayoría requieren de equipos técnicos interdisciplinarios que ayuden a la reducción del consumo paulatino, en contraste se guardan acciones punitivas frente al consumo como es el caso de las PSHC quienes están en permanente desalojo, se estigmatiza la población y se fomentan estereotipos de inseguridad y suciedad con la población, esto refuerza la necesidad de generar programas que castiguen a los consumidores más allá de tratar la situación de consumo. Se puede evidenciar una tensión frente al manejo de dicha problemática, que no permite que se establezcan acciones concretas y que favorezcan a la población afectada, en la mayoría de los casos dichas intervenciones tienen que ver con intenciones políticas y recursos destinados a mitigar dicha situación. Asimismo se señala esta situación en la mesa de priorización:

“El tema de sustancias psicoactivas es muy político, entonces al ser un tema tan político, las intervenciones varían mucho a lo largo del tiempo. Si la percepción del gobierno de turno es una percepción más abierta, las intervenciones llevan a otro lugar. Por eso yo preguntaba por la pregunta. La pregunta va muy acorde al gobierno actual, hablan de erradicar un fenómeno que otros hablan de ayudar a convivir. Al ser un tema político, las intervenciones nunca han tenido una linealidad que pueda medirse a través del tiempo. (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Por otro lado, es importante mencionar que desde los equipos territoriales se cuenta con baja capacidad de talento humano, así como de instrumentos o insumos que permitan dar un abordaje más robustecido y que permita atender situaciones individuales, esto sumado a que, el sector salud es insuficiente para dar respuesta a una problemática estructural que requiere del acompañamiento y fortalecimiento de otras instituciones. Esto es lo que mencionan los equipos de la Subred Norte:

“Entorno Comunitario a través de su programa, o sea, hace un abordaje inicial, o sea, trata, pero pues siempre se va a quedar corto porque la problemática es muy grande y también requiere recursos y lo que digo, tiempos para dar esa espera. ¿Y cuánto podemos nosotros intervenir para lograr que sí? Se escucha a las familias, empiezan, recae y vuelve y sale y vuelve y entra y vuelve y y es muy complejo entrar en ese mundo, me parece.” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

“La capacidad instalada es muy baja, porque es una problemática social a la cual nosotros tenemos una capacidad instalada muy baja, que además no está del todo reglamentada, entonces no sabemos qué intervención tenemos.” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Finalmente, en cuanto al acceso a los servicios de salud es importante señalar que, si bien se cuenta con rutas establecidas para la salud mental, la carencia de especialidades como psiquiatría dificulta la oportunidad en el acceso a situaciones que requieren de un seguimiento más directo y técnico. Esto ocurre a nivel de la comunidad como de los profesionales que atienden la población afectada.

“Me queda complicado ir a buscar una cita con algún especialista para que tenga yo un tratamiento por algún tipo de adicción, sea alguna sustancia psicoactiva o a cualquier otro tipo de adicción, eso no lo hago porque sigue siendo un tema tabú. Entonces eso hace que haya bastantes barreras para poder dar una respuesta real a la problemática.” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025)

En cuanto a la situación de violencia, es importante entonces que se modifiquen, de forma progresiva y sostenible, las condiciones injustas y evitables de discriminación, subordinación y exclusión que enfrentan las mujeres en los ámbitos público y privado, promoviendo la igualdad real de oportunidades y la equidad de género en el Distrito Capital. La violencia debe ser un factor que debe erradicarse desde los principios básicos morales y relacionales de la sociedad, ya que, estructuralmente se presentan situaciones de violencia en todos los espacios y escenarios de la vida pública y privada. Sumado a esta situación de orden cultural y comportamental, es importante que frente a la respuesta identificada se pueda dar seguimiento y cierre a los eventos notificados. Para ello, en principio es importante reconocer y educarse en la distinción de violencias para que, de esta manera, se logren generar acciones transectoriales que efectivamente mitiguen la violencia específica y se logre mantener un seguimiento permanente que garantice la no repetición de la violencia. Este tipo de recomendaciones surge de la conversación en la mesa de priorización:

“Hay que determinar muy bien si es el reporte el que está viéndose afectado, digamos aumentando ese reporte de las violencias o en si es el evento como tal de la violencia como tal que se ha venido presentando la localidad. Obviamente violencia es

violencia, no vamos a desmeritar ningún tipo de violencia ni mucho menos, pero también un ejercicio muy importante, habría que determinar cuál es el tipo de violencia que más se presenta dentro de la localidad de Engativá, porque pues obviamente los psicólogos que tienen mucho más experticia que yo, obviamente si hablamos de violencia psicológica, económica, pues eso se puede presentar digamos en un denominador un poco más, se está haciendo más visible por decirlo así, pero si hay una violencia ya física, sexual u otro tipo de violencia que obviamente agrava aún más al ser o al individuo, en este caso a la mujer, será muy importante también determinar esas variables para así como sector salud poder enfocar y articuladamente hacer como una intervención” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025)

Otro aspecto que es relevante señalar tiene que ver con lo relacionado al acceso. Para esto es importante dar cuenta de dos situaciones. Primero es indispensable garantizar el acceso y la oportunidad de los casos que se presentan, a las cuáles poblaciones vulnerables como lo pueden ser las personas migrantes, tienen una dificultad en cuanto al acceso de ciertos servicios. Asimismo, es importante generar canales de comunicación efectivos intersectoriales e Inter locales, ya que se identifica que para cada localidad se opera parcialmente diferente, esto no permite generar una trazabilidad real del evento y al contrario genera revictimización y reprocesos administrativos. Así lo menciona uno de los participantes de la mesa de priorización:

“Una limitación es que no se interviene en el 100 % de los casos que se identifiquen. Dos, que lo mismo, el fenómeno de población migrante y flotante hace que se pierda la trazabilidad de los casos, entonces una persona puede ser víctima en otra localidad y los sistemas de información no están unificados para uno poder la trazabilidad y saber que si ya fue a una comisaría no tenga que ser revictimizado, sino que se le pueda dar seguimiento a los casos. Y otra es que, en el caso de las mujeres violentadas, pues conviven o la situación económica o dependencia económica hace que no puedan tener escapatoria o que puedan tener otras opciones de alejarse del sitio donde sufren esa violencia.” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025)

Finalmente, la mayor problemática frente al tema de manejo de residuos sólidos tiene que ver con la concepción cultural de lo que son las basuras, el poco aprovechamiento de los desechos y la baja corresponsabilidad frente al residuo que se produce individualmente. Es de las problemáticas con mayor reporte a nivel distrital, siendo las empresas de limpieza las únicas dolientes frente al manejo de basuras. En principio es fundamental generar estrategias que reduzcan el volumen de residuos que se vierte al botadero distrital, fomentar la cultura del reciclaje y la reutilización de materiales aprovechables, así como del manejo de material orgánico. De igual forma es importante empoderar los sectores comerciales para tener un mayor control frente al material que se está desechando y generar planes de aprovechamiento desde una buena separación en la fuente. Si bien se cuenta con una oferta orientada a la conciencia ambiental desde la educación informada, es importante trascender los talleres hacia estrategias prácticas que generen impacto desde procesos comunitarios.

Núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud

Avances

Se están generando espacios de conversación con la comunidad, con el fin de gestionar espacios de participación social incidentes que busquen integrar las diversidades y perspectivas de la comunidad, así sea desde la información y divulgación de acciones de los sectores públicos. Se cuenta con equipos étnicos dentro de los lugares de concentración en el marco de la APS. Estos equipos están enfocados en identificar los riesgos en salud y brindar atención directamente en los sitios, además de remitir a los centros de atención en salud, ya sean hospitales o IPS disponibles, a través de las EPS, lo que ha incrementado la atención para la comunidad. Asimismo, se cuenta con perfiles étnicos que incluyen sabedores y personas expertas que manejan y comprenden su visión frente al cuidado, la salud y el mundo. Entre ellos se destacan los Jaibanás, las parteras y los yerbateros.

En cuanto a la comunidad Emberá se han hecho grandes esfuerzos por llevar todos los servicios de salud a la comunidad, ha sido un proceso de comprensión y respeto ante las manifestaciones culturales y cosmovisiones de la comunidad. Esto es lo que se manifiesta en las mesas de priorización:

“Desde Equipos Básicos Extramurales - EBE que van a la UPI Florida, donde también cuentan con la ruta donde se hacen todas las atenciones bien probadas mujeres gestantes, pero pues el tema ya es de manejo, más de su cosmovisión como población Emberá, de su condición étnica.” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025)

Limitaciones

En cuanto a la gobernanza y gobernabilidad, es importante reforzar las estrategias para lograr acuerdos, generar complementariedad y efectividad en la ejecución de las acciones, desde la implementación de procesos individuales, colectivos y poblacionales. Es importante dar continuidad a los procesos participativos e instancias locales, con el fin de llegar a nuevos estadios de intersectorialidad, así como de participación social. Es importante trascender de la información y la cooperación hacia la coordinación y la integración. Del mismo modo, la participación comunitaria debe dejar de ser informativa para dar una mayor participación activa, vinculante, colaborativa y empoderada. La capacidad de las instituciones es insuficiente y es por eso que la respuesta pasa de ser aceptable a deficiente. Pretender llegar a una intersectorialidad donde los recursos y disposiciones políticas son insuficientes, ninguna de las entidades tendrá la capacidad de dar respuesta a una situación estructurante y creciente en las localidades. Esto es lo que se manifiesta en las mesas de priorización:

“La capacidad que tenemos es muy limitada, el sistema de referencia y contrarreferencia limitado, la respuesta real es muy mal, no lo debo decir yo, no porque soy del sector salud, aquí no estoy tratando de lavar la ropa sucia ni nada, pero realmente hay una limitación grande en la respuesta efectiva en todos los programas, eso les pasa a todas las entidades. Integración social de una lista espera, todas las posibilidades que tiene ICBF, o sea las entidades todas tienen una capacidad instalada insuficiente para todas las problemáticas que tiene. Intentamos hacer cosas

intersectoriales sí, y pues, pero realmente estamos muy limitados precisamente por eso.” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025)

“Cada quien está dando su oferta institucional y está concentrado en su misionalidad, lo cual es correcto, pero para que el tema trascienda desde la agenda pública de nivel distrital y de nivel local, debe estar clara la priorización de esas necesidades a las cuales todos debemos darle respuesta, pero esa priorización debe ir acompañada de recursos, de insumos, de presupuesto, en donde desde el nivel distrital baje la directriz de cuáles son las acciones y cómo han estado estar costeadas esas acciones.” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025)

Lo que respecta a la comunidad Emberá asentada en la localidad, se pueden determinar que las limitaciones están orientadas a que no hay una conexión, empalme y buena relación con la comunidad para llegar a puntos en común y prestar un buen servicio acorde a sus posibilidades culturales y que se puedan nutrir de los saberes y métodos occidentales. Si bien es una situación de orden nacional que surge a raíz del conflicto con grupos armados, es importante brindar escenarios dignos para una población que por años no ha tenido un lugar en la ciudad que puedan llamar hogar. Por ende, la participación y articulación entre sectores es fundamental para garantizar los derechos humanos, ya que la precariedad y la carencia de oportunidades en la ciudad ha llevado a que la comunidad se mantenga y normalice el asistencialismo como una oportunidad de vida y subsistencia.

“Yo pienso que el hecho de respetar los usos y las costumbres de las personas en ver está haciendo también que se desconozca un poco o no hemos logrado trascender esa barrera que nos permita llegar a ellos, porque allá estamos con el equipo de B, tratamos de hacer las intervenciones, pero por ejemplo, si tú quieres llevar una jornada de desparasitación, no lo permiten si no es con plantas, con sus formas, entonces se trata de respetar esos usos y costumbres, pero no hemos encontrado la forma de articularlo con esta medicina que nos permita tener una respuesta oportuna a la necesidad que ellos están teniendo. Están aquí, pero con sus usos y costumbres, no nos permiten ir un poco más allá, porque les podemos hacer las jornadas de planificación, les podemos brindar toda la orientación y salud sexual y reproductiva, pero siguen teniendo esta situación de los embarazos en sus adolescentes, de la promiscuidad que también se ve allá entre unos con otros y todos revueltos. Entonces siento que pese a que tratamos de estar cerca y apoyándolos no se ha logrado pasar esa barrera y eso genera muchas más” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025)

“No podemos nosotros seguir teniendo esas barreras, uno desde la población étnica diciendo que respeten su etnia y nosotros por respetar su etnia no hacemos, digamos, abro comillas como respetar las claridades y actividades que se hacen desde la parte occidental, por decirlo de alguna manera. La respuesta institucional es nula por la barrera que colocan desde la parte étnica y desde el contexto del territorio. Entonces ahí se queda sesgado lo que dice la compañera, hay toda una oferta sectorial, pero hay una poca respuesta de la comunidad a esa oferta sectorial.” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025)

Es indispensable que los equipos de atención en salud comprendan una situación en mayor profundidad, siguen existiendo muchas limitaciones y estigmas en cuanto a otras formas de comprender la salud y el bienestar, por ello, las relaciones entre el sector y la población tienden a llevarse a ciertas tensiones por perspectivas y conductas morales que se deben adoptar por el hecho de no pertenencia. Esto es crucial, ya que, puede incursionarse en acciones violentas y de discriminación donde una atención que ellos no requieren en el sentido estricto de la institución termina siendo un desgaste para el sector a nivel de recurso humano y del recurso económico. Para ello, se deben generar estrategias de abordaje diferencial, contar con equipos étnicos que operen en otras lógicas de la salud, pero, sobre todo, generar espacios de diálogo transectorial que permita no solo mitigar unas situaciones en salud, sino dar respuesta a unos ejes estructurales que garanticen la vida digna y oportunidades de desarrollo en la ciudad, sin que esto signifique renunciar a su cultura, su pueblo, sus creencias.

4.2 Reflexiones finales

En términos generales, es posible hablar de una debilidad sentida en la localidad relacionada al acceso de los servicios de salud con gestantes, en la cual se puede determinar alta concentración de morbilidad y mortalidad materna. Esta situación tiene una gran carga relacionada por deficiencias en la atención. Priorizar ejercicios de humanización con el personal de salud, facilitará la comunicación con los pacientes; asimismo, es importante brindar una atención continua, ya que la reasignación de diferentes profesionales de la salud genera reprocesos e inconsistencias con la historia clínica de los pacientes, así como los seguimientos de las gestantes. Se evidencian Inequidades en la atención materna que pueden relacionarse con factores socioeconómicos en población migrante en estado irregular.

La localidad muestra una relación importante asociada a la carencia de procesos de prevención en torno a la salud sexual y reproductiva, ya que, se están presentando diferentes situaciones relacionadas al contagio de enfermedades de transmisión sexual con un aumento en la prevalencia de enfermedades como VIH. Por un lado, las cargas culturales e imaginarios que se tienen de dichas enfermedades tienden a generarse negación y ocultamiento en las esferas públicas y en gran parte de los casos no hay continuidad con los tratamientos. Desde la gobernanza y la gobernabilidad, es importante brindar herramientas a los equipos de abordaje territorial de las diferentes entidades del distrito, con el fin de identificar, canalizar y rastrear la población afectada.

A nivel general se están intensificando las notificaciones de Salud mental asociadas a trastornos mentales y del comportamiento. Esto puede estar asociado a múltiples factores, entre ellos las condiciones socioeconómicas, oportunidades laborales, manejo de las emociones, hábitos y prácticas de autocuidado, así como de la estigmatización e imaginarios frente a los tratamientos y consultas relacionadas al tema. Es importante robustecer la infraestructura de espacios de rehabilitación y tratamiento de enfermedades mentales en la localidad. La concentración de centros de atención en áreas específicas no cubre adecuadamente las necesidades de toda la población como las PSCH.

Por otra parte, la comunidad tiene una percepción generalizada de inseguridad. La localidad cuenta con diferentes sectores, donde confluyen diferentes poblaciones vulnerables como lo son los migrantes, las personas que realizan ASP, que en su mayoría son mujeres o personas

que se identifican dentro del colectivo LGBTIQ+ y PSHC, lo que genera zonas de tolerancia y de dinámicas de conflicto territorial, ya sea entre las mismas poblaciones o entre los residentes y vecinos del sector.

En Engativá la oferta de servicios sociales y de salud es amplia y se articula en los diferentes espacios locales, en los que participan sectores como Integración Social, Alcaldía Local, Dirección Local de Educación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Policía Nacional y la Secretaría de la Mujer, entre otro. Sin embargo, es necesario reforzar las estrategias para lograr acuerdos, generar complementariedad y efectividad en la ejecución de las acciones, desde la implementación de procesos individuales, colectivos y poblacionales.

5. CAPÍTULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.

En este capítulo, se exponen los resultados de la priorización de problemáticas de salud, con base en la metodología adaptada de la Matriz de Hanlon, mediante la asignación de puntuaciones según criterios de magnitud, gravedad, viabilidad de intervención y factibilidad política y económica. Cabe destacar que la valoración participativa involucró a expertos en salud pública, lo que aseguró un enfoque integral en la selección de las problemáticas más apremiantes.

Por consiguiente, se presenta una descripción de la priorización teniendo en cuenta los puntajes obtenidos para cada una de las problemáticas locales y se incluyen reflexiones finales para analizar la perspectiva de estos criterios a la luz de los resultados obtenidos.

5.1 Priorización de problemas y necesidades sociales de salud en la localidad

Las problemáticas con mayor puntaje reflejan su impacto a nivel individual, colectivo y poblacional, así como su relevancia en el contexto de salud pública. En el ejercicio de priorización, destacó la toma de decisión basada en la evidencia empírica, respaldada por datos sobre el comportamiento de la situación en salud, lo que reforzó en cierta medida, la experiencia de las acciones en el territorio (ver **Tabla 22**).

En este sentido, es importante aclarar que los criterios de magnitud y gravedad dan cuenta del impacto local de esta problemática. Para ello, se utilizaron como insumo los indicadores del comportamiento para aquellas situaciones que tienen trazabilidad en el tiempo, así como el número de casos por localidad. Estos criterios tenían una puntuación máxima de 10 puntos para cada uno, para una sumatoria total de 20.

Sin embargo, en los criterios de viabilidad y factibilidad se destacó la importancia de la capacidad institucional y los planes de gobierno para responder a dichas problemáticas. Si una problemática no cuenta con una capacidad institucional y lineamientos específicos para su tratamiento, aun cuando tenga un impacto relevante en la localidad, no podrá ser atendida. En estos criterios, la puntuación fluctúa entre 0 a 1.5.

En síntesis, por más que una problemática tenga una magnitud o gravedad alta en la localidad, si no cuenta con viabilidad y factibilidad, su puntuación será baja. Asimismo, esta evaluación debe considerar la distribución de recursos definidos para la respuesta que se está brindando, ya que la asignación adecuada de recursos es clave para garantizar la efectividad y sostenibilidad de las intervenciones.

Tabla 22. Matriz de priorización de problemáticas ponderadas según valoración

Problemática	Puntaje
La falta de adherencia o calidad en los controles y seguimientos prenatales, la inadecuada valoración del riesgo obstétrico, la falta de aseguramiento en salud de gestantes migrantes, sumado a hábitos de vida poco saludables y malnutrición durante el embarazo, puede estar relacionado con complicaciones maternas como preeclampsia, eclampsia, entre otras; lo cual lleva a situaciones como muertes maternas, partos pretérminos, muertes perinatales, embarazos adolescentes y/o recién nacidos con BPN. Estas situaciones se identifican especialmente en las UPZ Engativá, Garcés Navas, el Minuto de Dios y Ferias.	18
Existen puntos de concentración de consumo y expendio de SPA en el espacio público, parques y zonas de recreación de la localidad, en especial en las UPZ Bolivia, Garcés Navas y Boyacá Real, lo cual puede estar relacionado con la presencia de personas en condición de habitabilidad en calle, quienes son instrumentalizados para su expendio, siendo además estigmatizados y segregados de dichos puntos por parte de la comunidad. La disponibilidad de estas sustancias en estas zonas facilita el acceso y consumo de SPA, especialmente en hombres entre los 15 a 39 años, en quienes además culturalmente se tiene normalizada la ingesta de alcohol; esto, trae como consecuencia la exposición a riñas y escenarios de violencia física.	16
La localidad cuenta con diferentes sectores que tienen una mayor notificación de eventos de violencia de género e intrafamiliar como los son las UPZ Minuto de Dios, las Ferias y Engativá. Sectores de gran vulnerabilidad socioeconómica y donde confluyen diferentes poblaciones como lo son los migrantes, las personas que realizan ASP que en su mayoría son mujeres o personas que se identifican dentro del colectivo LGBTIQ+, y personas en situación de habitanza en calle, lo que genera zonas de tolerancia y de dinámicas de conflicto territorial, ya sea entre las mismas poblaciones o entre los residentes y vecinos del sector.	16
Los imaginarios sociales, arraigos culturales y estereotipos que se generan alrededor de las enfermedades de transmisión sexual, podrían estar relacionados con el aumento de la mortalidad por VIH, siendo los hombres adultos, quienes registran un mayor número de fallecimientos por esta causa, en especial en la UPZ Boyacá Real. Asimismo, dicha percepción de la enfermedad puede influir en la falta de adherencia a los tratamientos de VIH, convirtiéndose en una barrera de acceso importante para la atención integral en salud.	16
Las afectaciones emocionales, las enfermedades mentales y los conflictos en pareja, son las principales causas de la conducta suicida, en hombres jóvenes y adultos, especialmente de las UPZ Garcés Navas y Engativá. Por otra parte, en los entornos escolares se percibe un incremento de la ideación suicida en niños, niñas y adolescentes, lo cual puede estar asociado a condiciones socioeconómicas y oportunidades de crecimiento personal, la falta de proyectos de vida y deficientes herramientas de afrontamiento y de manejo emocional.	13
La carencia y/o inexistencia de redes de apoyo genera diferentes situaciones relacionadas con el cuidado y bienestar de poblaciones vulnerables y sus cuidadores. Especialmente en las personas con discapacidad y adultos mayores se identifican problemáticas asociadas al abandono y la salud mental; de igual forma se están detonando factores estresantes en los cuidadores primarios, quienes asumen gran parte de la responsabilidad de las personas con alguna condición especial. La carencia de oferta de espacios para atender y recibir	10

Problemática	Puntaje
población adulta mayor y/o en condición de discapacidad en sectores como Engativá pueblo dan cuenta de la carencia institucional en estos territorios y las barreras de acceso geográfico.	
En la localidad persiste la problemática del manejo inadecuado de residuos sólidos, evidenciando una mayor concentración de puntos críticos en las UPZ Minuto de Dios, las Ferias y Engativá. Las estrategias de separación en la fuente no están dando respuesta a esta situación; además, no se percibe una corresponsabilidad con la disposición de residuos, no hay una cultura del reciclaje, no se realiza la disposición de basuras en los horarios correspondientes, ni separación en la fuente. Esta problemática se ve reflejada en la contaminación de cuerpos de agua y zonas ambientales importantes, ya que, al no encontrar alternativas de disposición, los residuos terminan en canales, parques, humedales y ríos, generando afectación a la salud de los habitantes por emanación de olores y presencia de roedores.	7
Las acciones intersectoriales carecen de gestiones coordinadas que aporten a la respuesta de problemáticas individuales y colectivas, lo que conlleva a que la efectividad e impacto de las mismas no se refleje a nivel local. Los acuerdos entre entidades no trascienden la capacidad institucional y se limita el despliegue institucional cuando se requiere algún tipo de apoyo.	5
La carencia de respuesta interinstitucional integral dirigida a poblaciones étnicas ha traído dificultades en el abordaje de la comunidad Embera que residen en el Parque La Florida. Si bien se cuenta con atenciones esporádicas para la población, no se está dando respuesta efectiva frente al reconocimiento cultural y valoración médica, que favorezca condiciones dignas para la vida.	0

Fuente: elaboración propia equipo de ACCVSYE, Subred Norte. Resultado de priorización mesa con expertos, realizada el 25 de febrero de 2025

Luego de realizar el ejercicio de priorización con la mesa de expertos donde cada participante pudo dar un puntaje asociado al criterio de evaluación (Magnitud, Gravedad, Viabilidad, Factibilidad) se reconocieron las problemáticas locales, donde los temas asociados al acceso, en cuanto a calidad y oportunidad de la **atención con la población gestante y primera infancia** puntuaron como la situación con mayor prioridad y capacidad institucional para dar respuesta. Temas asociados a la inasistencia a controles prenatales, la calidad de las citas de control, el seguimiento y la identificación de las gestantes se refleja como uno de los mayores retos institucionales.

En segundo lugar, con el mismo puntaje, quedaron las problemáticas asociadas a situaciones poblacionales, relacionadas a temas de **consumo y expendio de SPA** en población joven y adulta donde interactúan poblaciones vulnerables como las PSHC y migrantes; esto conlleva a una concentración de puntos críticos de expendio, así como una percepción de inseguridad relacionada a la apropiación del espacio público. Asimismo, temas relacionados a **la violencia intrafamiliar** y de género especialmente en mujeres, personas que realizan ASP y los colectivos LGBTIQ+; donde los imaginarios y estigmas sociales frente a las poblaciones, aspectos culturales y la reproducción normalizada de la violencia, dificulta la garantía de derechos con estas poblaciones y sobre todo lo que respecta a las garantías de no repetición. Finalmente, los temas relacionados a la **salud sexual y reproductiva** frente al tema de transmisión de enfermedades sexuales como el VIH en hombres y la adherencia a tratamientos es una situación que tiene que ver con los imaginarios sociales y estigmas que se asocian a este tipo de enfermedades. Asimismo, la carencia frente a una oferta dirigida a

los hombres dificulta el seguimiento y e identificación de personas que ya presentan dicha situación.

En último lugar con una puntuación de cero, está el tema de **gobernanza y gobernabilidad**, especialmente en la **respuesta intersectorial con enfoque diferencial en la población étnica Emberá**. Es importante anotar en esta situación que más allá de que la problemática haya quedado rezagada al último lugar, es primordial diferenciar que dicha puntuación considera principalmente la viabilidad y factibilidad de la problemática, por lo que, si no se cuenta con un recurso estipulado para dar respuesta o una capacidad institucional instalada que permita dar respuesta directa a la situación, la problemática tendrá un puntaje de cero.

De igual forma, dentro de las discusiones que se dieron al interior de la mesa de expertos fue relevante el tema, sin embargo, se percibe una coyuntura frente a la respuesta, ya que, al tener choques ideológicos, cosmológicos y culturales, se dificulta la aceptación y receptividad de las acciones y oferta institucional. Es importante en este punto, generar estrategias que permitan el diálogo y la negociación frente a los cuidados de la salud, sin perder el horizonte frente a la identidad cultural y el respeto a la autonomía y soberanía de los pueblos indígenas. Si bien no se encuentran en su territorio, la razón por la cual se asientan en el distrito capital tiene que ver con una serie de situaciones estructurantes de orden nacional que se relacionan con la violencia el desplazamiento y el control territorial, ya que, al día de hoy la comunidad Emberá es un pueblo indígena que lucha por la pertenencia de un territorio propio. El asistencialismo prolongado ha generado mayor permanencia en el distrito capital en condiciones precarias y con las mínimas garantías de subsistencia.

Por otro lado, es importante dar cuenta que las problemáticas relacionadas con la gestión intersectorial, la gobernanza y la gobernabilidad no quedaron priorizadas dentro del ejercicio. Esto tiene que ver con la dificultad de garantizar la participación y respuesta de otros sectores en los espacios locales. Asimismo, la carencia de trazabilidad y seguimiento frente a unas categorías o indicadores que den cuenta de la incidencia intersectorial en los territorios limita la visión frente al abordaje inter y transectorial. Es una necesidad fortalecer dichos procesos para generar estrategias más contundentes en cualquier tipo de problemática sentida en la localidad o cualquier otra situación emergente o re-emergente.

5.2 Reflexiones finales

En síntesis, se podría afirmar que las problemáticas asociadas a los temas estrictamente de salud como lo son los temas relacionados al acceso a los servicios de salud deben ser una prioridad institucional ya que se pueden resolver sin la necesidad de agentes externos. Las problemáticas sociales, relacionadas a grupos poblacionales diferenciales y/o vulnerables son de igual forma, una prioridad para el sector ya que cuenta con una oferta dirigida hacia dichos grupos poblacionales. Finalmente, los temas que tienen que ver con la gestión territorial, la participación comunitaria, la generación de planes de trabajo y la mitigación de determinantes estructurales son situaciones que el sector salud aún tiene mucho que trabajar y articular para dar respuesta desde una mirada más holística.

Para este último punto, es fundamental comprender la situación que se presenta con la población Emberá, que si bien, cuenta con algunas estrategias dirigidas a mitigar la situación se deben realizar esfuerzos institucionales que garanticen aspectos estructurantes que

permitan a la comunidad salir de una condición de vulnerabilidad extrema, garantizar un lugar digno de permanencia y comprender en diferentes niveles las necesidades sentidas de la comunidad. Si bien, desde el sector salud se han hecho esfuerzos por garantizar una presencia institucional en los puntos críticos, se deben generar alianzas intersectoriales y sobre todo, transectoriales, que permitan la confluencia de planes de acción y mesas de diálogo mantenidas en el tiempo donde se prioricen los aspectos culturales en entornos urbanos y se garantice un recurso que les permita perpetuar sus prácticas culturales bajo condiciones dignas, así como aquellos que quieren transformar sus estilos de vida y adaptarse a las condiciones de la sociedad urbanizada tengan el acceso y la garantía a aspectos básicos como la educación, el trabajo y la vivienda.

6. CAPÍTULO VI: PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022 — 2031, PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL, PLAN TERRITORIAL DE SALUD Y MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MAS BIENESTAR.

6.1 Propuesta de recomendaciones para la localidad

Tabla 23. Matriz de recomendaciones, localidad Engativá, 2024

Eje Plan Decenal de Salud pública	Pilar del Modelo Mas Bienestar	Núcleo de inequidad (PTS)	Problemática	Recomendación
Gestión integral de la atención primaria en salud	Gestión integral del riesgo	Núcleo Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud	La falta de adherencia o calidad en los controles y seguimientos prenatales, la inadecuada valoración del riesgo obstétrico, la falta de aseguramiento en salud de gestantes migrantes, sumado a hábitos de vida poco saludables y malnutrición durante el embarazo, puede estar relacionado con complicaciones maternas como preeclampsia, eclampsia, entre otras; lo cual lleva a situaciones como muertes maternas, partos pretérminos, muertes perinatales, embarazos adolescentes y/o recién nacidos con BPN. Estas situaciones se identifican especialmente en las	De acuerdo con la necesidad identificada con la población gestante en cuanto al acceso y calidad de los servicios de salud es importante reforzar iniciativas que garanticen una atención humanizada y de calidad. Para ello es importante realizar intervenciones y seguimientos en las IPS tanto públicas como privadas, donde se evalúe la atención y se tengan en cuenta aspectos determinantes como el adecuado diligenciamiento de la historia clínica y la identificación de factores de riesgo. En este sentido contar con una Implementación permanente y efectiva de la Estrategia IAMII ayudaría de manera relevante a garantizar que las gestantes en riesgo cuenten con un abordaje adecuado y un direccionamiento oportuno que permita reducir el riesgo de muertes perinatales o BPN. A nivel intersectorial es indispensable contar con una orientación técnica por parte de los equipos de salud para establecer canales, rutas e identificación de signos de alarma, con el fin de que las gestantes que no están llegando a los servicios de atención en salud puedan acceder a los programas y estrategias; en otras palabras, disminuir las barreras de acceso. En este punto es clave establecer unos parámetros para la atención de población migrante.

Eje Plan Decenal de Salud pública	Pilar del Modelo Mas Bienestar	Núcleo de inequidad (PTS)	Problemática	Recomendación
			UPZ Engativá, Garcés Navas, el Minuto de Dios y Ferias.	
Gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud	Gestión integral del riesgo	Núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económica y territoriales presentes en la localidad que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población	Existen puntos de concentración de consumo y expendio de SPA en el espacio público, parques y zonas de recreación de la localidad, en especial en las UPZ Bolivia, Garcés Navas y Boyacá Real, lo cual puede estar relacionado con la presencia de personas en condición de habitabilidad en calle, quienes son instrumentalizados para su expendio, siendo además estigmatizados y segregados de dichos puntos por parte de la comunidad. La disponibilidad de estas sustancias en estas zonas, facilita el acceso y consumo de SPA, especialmente en hombres entre los 15 a 39 años, en quienes además culturalmente se tiene normalizada la ingesta de alcohol; esto, trae como consecuencia la exposición a riñas y escenarios de violencia física.	En cuanto a la situación de consumo y expendio de SPA es indispensable comprender el fenómeno desde una perspectiva estructurante de tal forma que, por un lado, se cuente con una caracterización local de las sustancias de mayor comercialización y puntos críticos de expendio, así como comprender el consumo como una consecuencia de unos factores socioculturales que están generando situaciones de desigualdad y vulnerabilidad. De este modo, las acciones podrán orientarse y unificarse hacia la mitigación del riesgo y el fortalecimiento de capacidades sociales, culturales y económicas. Así pues desde el sector salud, es importante dar continuidad a los programas y estrategias enfocadas en la prevención del consumo de SPA desde temprana edad, garantizando un recurso fijo y unos equipos interdisciplinarios que permitan dar respuesta a las necesidades poblacionales; ahora bien frente a los procesos de rehabilitación con personas que ya presentan un consumo problemático se debe contar con una articulación con el POS para garantizar centros de rehabilitación, estos deben contar con algún convenio o estrategia de articulación con los regímenes contributivos, pero donde se prioricen poblaciones de mayor vulnerabilidad como lo pueden ser las PSHC. En cuanto a las estrategias de nivel intersectorial se requiere, desde la política pública, priorizar un gasto y recurso fijo que garantice una infraestructura complementaria y un talento humano capacitado para atender situaciones de alto impacto. A nivel comunitario es indispensable generar programas con las familias y/o tutores que puedan orientar frente a las casusas del consumo con el fin de desnaturalizar imaginarios sociales y discursos asociados al consumo de SPA. Se deben garantizar y fortalecer las redes de apoyo que busquen ofrecer alternativas del uso del tiempo, proyecciones de vida, recreación y deporte. Las pautas de crianza son esenciales para establecer canales de comunicación confiables y seguros.
Gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud	Gestión integral del riesgo	Núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económica y territoriales presentes en la localidad	La localidad cuenta con diferentes sectores que tienen una mayor notificación de eventos de violencia de género e intrafamiliar como los son las UPZ Minuto de Dios, las Ferias y Engativá. Sectores de gran vulnerabilidad socioeconómica y donde confluyen diferentes poblaciones como lo son los	Las situaciones de violencia tienen una carga cultural importante, donde se ha normalizado el maltrato y la negación del otro. Por ello, para mejorar la efectividad de los reportes y casos notificados en la localidad es necesario unificar sistemas de información que permitan tener la trazabilidad de intervenciones, toda vez que hay población flotante y se pierde el seguimiento de los casos. Asimismo, se debe garantizar el abordaje del 100% de casos identificados. Para ello es posible generar mesas de articulación intersectorial donde se definan estrategias frente al manejo de la notificación, donde se reduzcan situaciones de revictimización, pero que sobre todo se lleven a cabo acciones reparadoras a las personas

Eje Plan Decenal de Salud pública	Pilar del Modelo Mas Bienestar	Núcleo de inequidad (PTS)	Problemática	Recomendación
		que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población	migrantes, las personas que realizan ASP que en su mayoría son mujeres o personas que se identifican dentro del colectivo LGBTQ+, y personas en situación de habitación en calle, lo que genera zonas de tolerancia y de dinámicas de conflicto territorial, ya sea entre las mismas poblaciones o entre los residentes y vecinos del sector.	víctimas de algún tipo de violencia. Es importante acá resaltar la necesidad de generar proceso inter-locales ya que, en muchas ocasiones los casos quedan atados a la localidad de notificación, lo que genera barreras de acceso y oportunidad de respuesta. En esta misma vía es importante desde el nivel intersectorial determinar y caracterizar los tipos de violencias más recurrentes para optimizar y especificar las intervenciones y estrategias. Desde el sector salud se deben seguir reforzando frente a las rutas de notificación de violencias, visibilizar la problemática en los diferentes entornos cuidadores enfocados en los mecanismos de denuncia con enfoque de derechos. De igual forma, desde el entorno comunitario se deben realizar sensibilizaciones con las familias para prevenir eventos de violencias en las dinámicas familiares. Finalmente, desde el enfoque de políticas es crucial reforzar acciones que permitan desdibujar imaginarios y estigmas relacionados a poblaciones que históricamente han sido segregadas, violentadas y discriminadas como los colectivos LGBTQ+ y migrantes. Dichas iniciativas deben orientarse principalmente a la comunidad en general y la policía nacional quienes han sido foco de violencias hacia esta población.
Gestión integral de la atención primaria en salud	Gestión integral del riesgo	Núcleo Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud	Los imaginarios sociales, arraigos culturales y estereotipos que se generan alrededor de las enfermedades de transmisión sexual, podrían estar relacionados con el aumento de la mortalidad por VIH, siendo los hombres adultos, quienes registran un mayor número de fallecimientos por esta causa, en especial en la UPZ Boyacá Real. Asimismo, dicha percepción de la enfermedad puede influir en la falta de adherencia a los tratamientos de VIH, convirtiéndose en una barrera de acceso importante para la atención integral en salud.	En cuanto a los problemas asociados con la salud sexual y reproductiva se identifica que la mayor barrera tiene que ver con los imaginarios sociales y estigmas que se tienen frente a las ITS. En este sentido, es importante realizar estrategias que permitan aumentar el conocimiento frente a todo lo relacionado con SSR, eliminar mitos, falsas creencias y actitudes negativas tanto para la población en general, como para las personas afectadas. Por ello, desde los entornos cuidadores es fundamental generar estrategias que despierten el interés de la población especialmente en edades tempranas con NNA, y que faciliten el acceso a sectores donde usualmente no se permite hablar de ciertos temas, específicamente en colegios públicos y privados. En cuanto a los tamizajes de VIH/sífilis es importante ampliar la oferta institucional sin que se priorice una población específica ya que esto refuerza imaginarios y estigmas en las poblaciones donde usualmente se dispone el biológico. De igual forma, es importante generar articulaciones con las IPS públicas y privadas con el fin de realizar seguimientos frente al manejo de ITS y adherencia a los tratamientos con el fin comprender de una mejor manera la problemática, ya que, las barreras de acceso pueden estar relacionadas con la calidad y oportunidad de la atención.

Eje Plan Decenal de Salud pública	Pilar del Modelo Mas Bienestar	Núcleo de inequidad (PTS)	Problemática	Recomendación
Gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud	Gestión integral del riesgo	Núcleo de Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud	Las afectaciones emocionales, las enfermedades mentales y los conflictos en pareja, son las principales causas de la conducta suicida, en hombres jóvenes y adultos, especialmente de las UPZ Garcés Navas y Engativá. Por otra parte, en los entornos escolares se percibe un incremento de la ideación suicida en niños, niñas y adolescentes, lo cual puede estar asociado a condiciones socioeconómicas y oportunidades de crecimiento personal, la falta de proyectos de vida y deficientes herramientas de afrontamiento y de manejo emocional.	Con fines de mejorar la atención y cobertura de los programas de salud mental, especialmente con la población masculina, es indispensable liderar desde la política pública un despliegue intersectorial y transectorial que permita aumentar la cobertura de programas y fortalecer la respuesta. Desde el Entorno Comunitario se deben ampliar las estrategias de salud mental con una orientación técnica frente a la identificación de signos de alarma, posicionamiento de las líneas de atención y la divulgación de los programas que se ofrecen desde diferentes Universidades. Asimismo, se deben fortalecer los canales comunitarios y fortalecer el tejido social para la identificación de casos a través de capacitación con líderes y actores estratégicos. Desde la Alcaldía local se pueden generar espacios de formación y capacitación con grupos consolidados como lo son los COPACOS para fortalecer las rutas de salud mental y la respuesta institucional oportuna. Desde los diferentes entornos cuidadores es importante posicionar centros de escucha para nuevas masculinidades; es importante crear espacios para que los hombres pueden expresar sus problemas y necesidades. Finalmente, a nivel intersectorial y desde los espacios de participación local y la política pública se debe fomentar la salud desde la consolidación de proyectos de vida, oportunidades laborales y de acceso a procesos de formación para adolescentes jóvenes, adultos y persona mayor. Para ello es crucial la participación de actores como Desarrollo Económico, IPES, IDPAC, Hábitat y el sector privado para la generación de convenios.
Gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud	Gestión integral del riesgo	Núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en la localidad que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud	La carencia y/o inexistencia de redes de apoyo genera diferentes situaciones relacionadas con el cuidado y bienestar de poblaciones vulnerables y sus cuidadores. Especialmente en las personas con discapacidad y adultos mayores se identifican problemáticas asociadas al abandono y la salud mental; de igual forma se están detonando factores estresantes en los cuidadores primarios, quienes asumen gran parte de la responsabilidad de las	Frente a la situación de las personas con discapacidad es fundamental comprender las necesidades de la población, por eso, es importante realizar una caracterización de las personas cuidadoras de personas con discapacidad, se deben generar estrategias que permitan llegar a ellas ya que por el rol del cuidado es difícil la participación efectiva. Asimismo es importante considerar los diferentes tipos de discapacidad, ya que, en su gran mayoría las acciones se están centrando en las discapacidades físicas, dejando de lado la discapacidad intelectual y psicosocial. Desde el sector salud se debe fomentar la estrategia de relevos para cuidadores, que durante las diferentes vigencias ha tenido interrupciones y transformaciones en su actuar. A nivel intersectorial se debe ampliar la respuesta institucional, favorecer cupos en los centros de atención especializada dirigidas a personas con discapacidad ya que en el momento solo se cuenta con 2 centros, uno para persona mayor, y el otro para NNA. Acá es fundamental seguir robusteciendo la articulación con fundaciones y ONG quienes suplen un papel importante en la respuesta y cuentan con otro tipo de enfoques. De igual

Eje Plan Decenal de Salud pública	Pilar del Modelo Mas Bienestar	Núcleo de inequidad (PTS)	Problemática	Recomendación
		de la población	personas con alguna condición especial. La carencia de oferta de espacios para atender y recibir población adulta mayor y/o en condición de discapacidad en sectores como Engativá pueblo dan cuenta de la carencia institucional en estos territorios y las barreras de acceso geográfico.	forma es importante generar mesas locales que trabajen articuladamente entre las políticas de discapacidad y salud mental. Acá es crucial señalar que, para ambas políticas, salud cuenta con la secretaría técnica lo que genera una gran oportunidad para posicionar y visibilizar esta problemática con el fin de establecer acciones intersectoriales en salud mental para el cuidado de los cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas.
Gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud	Gestión integral del riesgo	Núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en la localidad que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población	En la localidad persiste la problemática del manejo inadecuado de residuos sólidos, evidenciando una mayor concentración de puntos críticos en las UPZ Minuto de Dios, las Ferias y Engativá. Las estrategias de separación en la fuente no están dando respuesta a esta situación; además, no se percibe una corresponsabilidad con la disposición de residuos, no hay una cultura del reciclaje, no se realiza la disposición de basuras en los horarios correspondientes, ni separación en la fuente. Esta problemática se ve reflejada en la contaminación de cuerpos de agua y zonas ambientales importantes, ya que, al no encontrar alternativas de disposición, los residuos terminan en canales, parques, humedales y ríos, generando afectación a la salud de los habitantes por emanación de olores y presencia de roedores.	El tema del manejo de residuos sólidos es una situación de largo alcance que requiere del trabajo articulado de todos los sectores. A nivel sectorial es importante posicionar la problemática, una alternativa es la socialización de política ambiental en todos los entornos como temática transversal, esto brindará mayor orientación técnica que pueda replicarse en los territorios y la comunidad, estrategias pedagógicas que busquen preservar fuentes hídricas y la separación en la fuente. Desde el entorno laboral, es importante generar dinámicas con el sector comercial que permita llevar a cabo un seguimiento periódico frente al manejo de residuos peligrosos; es prioritario además de medidas preventivas fortalecer sanciones a infractores, así como promover actividades pedagógicas para garantizar entornos en condiciones óptimas. A nivel intersectorial es indispensable involucrar la salud ambiental en la agenda distrital como un determinante crucial en las afectaciones de salud. Se deben llevar a cabo indicadores que permitan dar un mejor seguimiento a las intervenciones de gestión del riesgo, fortaleciendo la educación en salud pública.

Eje Plan Decenal de Salud pública	Pilar del Modelo Mas Bienestar	Núcleo de inequidad (PTS)	Problemática	Recomendación
Gobierno y la gobernanza de la salud pública	Intersectorialidad/Transectorialidad	Núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza a intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud	Las acciones intersectoriales carecen de gestiones coordinadas que aporten a la respuesta de problemáticas individuales y colectivas, lo que conlleva a que la efectividad e impacto de las mismas no se refleje a nivel local. Los acuerdos entre entidades no trascienden la capacidad institucional y se limita el despliegue institucional cuando se requiere algún tipo de apoyo.	A nivel de la gobernanza y la gobernabilidad se carece de iniciativas conjuntas que integren una mirada de ciudad orgánica donde las partes no se fragmenten y las cargas sean equitativas. Es por esto que a nivel local se ven reflejadas las falencias de tipo administrativo y organizacional para dar respuesta a unas necesidades generalizadas de la población. Es así como la participación, la gestión local y los niveles de articulación se ven estancados en las primeras instancias. Por ello, la gestión intersectorial requiere de priorización desde la agenda pública de los gobiernos locales y a nivel Distrital. Se deben generar directrices que involucren a los diferentes sectores con recursos específicos para garantizar las acciones. Así pues, la articulación intersectorial debe ser efectiva y continua no sólo desde la participación pasiva en reuniones y mesas locales con acción conjuntas que no trascienden la cooperación en una jornada de servicios. Para ello es fundamental contar con un Portafolio de servicios actualizado para generar propuestas articuladas a la población de la localidad. Asimismo, es importante promover una cultura de integridad en todos los niveles del gobierno y mejorar los marcos regulatorios para fomentar un mayor nivel de responsabilidad institucional. Finalmente, se debe favorecer la participación comunitaria más allá de la información y la divulgación de acciones para llevar a cabo iniciativas de empoderamiento territorial desde la coordinación la participación activa. Una iniciativa puede estar orientada hacia el uso de nuevas tecnologías para fomentar la innovación en el sector público y ayudar a reconectar y reconciliar las instituciones con la ciudadanía, así como fomentar espacios de participación mixta donde la población pueda retroalimentar los procesos por medio de plataformas participativas en tiempo real. Esto implica, por ejemplo, involucrarse más con la sociedad civil a través de nuevas plataformas tecnológicas y promover las políticas de gobierno abierto.
Gobierno y la gobernanza de la salud pública	Intersectorialidad/Transectorialidad	Núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza a intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud	La carencia de respuesta interinstitucional integral dirigida a poblaciones étnicas ha traído dificultades en el abordaje de la comunidad Embera que residen en el Parque La Florida. Si bien se cuenta con atenciones esporádicas para la población, no se está dando respuesta efectiva frente al reconocimiento	La situación de desplazamiento que tiene la comunidad Embera es una problemática de orden nacional que por largos años no se ha podido dar una respuesta efectiva. Esto tiene que ver en gran medida por la dificultad del reconocimiento de su cultura, su ancestralidad y la incapacidad de contar con un lugar que les permita vivir dignamente. Así pues, desde el sector salud es crucial reconciliar la visión que se tiene sobre la institución, para ello, es importante generar capacitaciones con los profesionales que realizan intervención con la comunidad en torno al enfoque diferencial y el trabajo con comunidades étnicas, fortalecer las iniciativas desde la atención humanizada e integrar dentro de la oferta de salud aspectos fundamentales que reconozcan su visión sobre la salud y la posibilidad de entablar círculos de palabra que

Eje Plan Decenal de Salud pública	Pilar del Modelo Mas Bienestar	Núcleo de inequidad (PTS)	Problemática	Recomendación
			cultural y valoración médica, que favorezca condiciones dignas para la vida.	permitan negociar y mediar los abordajes desde la medicina occidental. Es importante implementar estrategias que fomenten la formación de pares multiplicadores al interior de las comunidades indígenas. A nivel intersectorial se debe avanzar desde mesas de diálogo con ministerio del interior, y las diferentes secretarías en la búsqueda de resolver la situación en los territorios de origen de estas poblaciones, que les permita el retorno a sus comunidades, así como garantizar las condiciones mínimas de subsistencia donde se promueva la educación, la vivienda y los incentivos frente a proyectos de inversión que promuevan iniciativas económicas.

Fuente: elaboración propia equipo de ACCVSyE, Subred Norte 2025

BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría Distrital de Salud. Análisis de Situación de Salud para el Distrito Capital 2023. [Online].; 2023 [cited 2025 Marzo 17. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-bogota-2023.pdf>.
2. Alcaldía Mayor de Bogotá. Acuerdo 927 de 2024 Concejo de Bogotá, D.C. [Online].; 2024 [cited 2025 Marzo 17. Available from: <https://sisjur.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=155699>.
3. Secretaría Distrital de Salud. Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar. [Online].; 2024 [cited 2025 Marzo 17. Available from: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Home/Doc_estr_MAS_Bienestar.pdf.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para la construcción de ASIS. [Online].; 2024 [cited 2025 Marzo 17. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/guia-conceptual-construcion-asis-territorios.pdf>.
5. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan Territorial de Salud 2024-2027 "Bogotá Camina Segura"..
6. Morales González , Cabrera Jiménez M.. El método de Hanlon, herramienta metodológica para priorizar necesidades y problemas de salud. Una perspectiva operacional para el diagnóstico de salud. vertientes. [Online].; 2020 [cited 2025 Febrero 17. Available from: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/72839>.
7. Infraestructura de Datos Espaciales (IDE) de Bogotá -IDECA-. Mapas Bogotá. [Online].; 2021 [cited 2024 Noviembre 8. Available from: <https://mapas.bogota.gov.co/?l=646&e=-74.22388074513934,4.506703751269957,-73.89429090138978,4.6725101830838245,4686&b=7256>.
8. Secretaría Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Decreto 555 de 2021 Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. [Online].; 2021 [cited 2025 Enero 9. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=119582>.

9. Unidad Administrativa Especial de Catastro. Sector Catastral. [Online].; 2019 [cited 2024 Noviembre 14. Available from: <https://www.catastrobogota.gov.co/glosario-catastral/sector-catastral>.
- 10 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Documento Análisis de Condiciones, . Calidad de Vida, Salud y Enfermedad localidad de Engativá 2021. 2022..
- 11 Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-. Estratificación . socioeconómica. [Online].; 2024 [cited 2024 Noviembre 8. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica>.
- 12 Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-; Secretaría Distrital de . Planeación. Encuesta Multipropósito. 2017..
- 13 Secretaría Distrital de la Mujer. Mujeres en las localidades y mujeres cuidadoras . Engativá. [Online].; 2023 [cited 2024 Noviembre 14. Available from: https://omeg.sdmujer.gov.co/phocadownload/2024/10_DL_Engativa.pdf.
- 14 Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-; Secretaría Distrital de . Planeación. Encuesta Multipropósito 2021. [Online].; 2022 [cited 2024 Noviembre 8. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/encuesta-multiproposito>.
- 15 Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-. Proyecciones y . retroproyecciones desagregadas de población Bogotá para el periodo 2018-2035 por localidades y UPZ 2018-2024 por UPZ, con base en el CNPV 2018. [Online].; 2021 [cited 2024 Octubre 29. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/encuesta-multiproposito>.
- 16 Departamento Administrativo Nacional de Estadística; Secretaría Distrital de Salud. . Bases de datos DANE - RUAF ND-Sistema de estadísticas Vitales SDS. Serie disponible 2005-2022 datos "finales", 2023 datos "preliminares". Datos tomados del Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Fecha consulta 14 de abril 2024.
- 17 Departamento Administrativo Nacional de Estadística; Secretaría Distrital de Salud. Base . de datos DANE-RUAF ND- Sistema de estadísticas vitales SDS. Serie disponible 2005-2023 "finales". Datos 2012-2017-2022 tomados del Observatorio de Salud de Bogotá - SaluData, actualización 6 febrero 2025. Fecha de consulta 14 de abril 2025.
- 18 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Cuadros de salida Encuesta . Multiproposito población LGB 2017-2021. 2023..
- 19 Secretaría Distrital de Planeación; Secretaría Distrital de Integración Social. Censo . Habitantes de Calle en Bogotá 2024. [Online].; 2024 [cited 25 Marzo 2025. Available from: <https://www.integracionsocial.gov.co/index.php/noticias/especiales/7107-censo-habitantes-de-calle-en-bogota-2024>.
- 20 Subredes Integradas de Servicios de Salud; Secretaría Distrital de Salud. Cuadros de . salidas Encuesta de Caracterización sobre Calidad de vida, Salud y Enfermedad de las Personas en Situación de Habitancia en Calle. 2024..
- 21 Secretaría Distrital de Integración Social. Georreferenciación 2021-Análisis de las . dinámicas territoriales de las personas habitantes de calle en Bogotá: parches, cambuches, flotantes y personas en riesgo de habitar calle por pobreza extrema. [Online].; 2021 [cited 2024 Noviembre 20. Available from:

- https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/15052023-Georreferenciacion-2021.pdf.
- 22 Observatorio Distrital de Víctimas del Conflicto Armado. Boletín trimestral de Víctimas . del Conflicto Armado en Bogotá D.C. corte julio a septiembre 2024. [Online].; 2024 [cited 2025 Enero 17. Available from: <https://observatorio.victimasmogota.gov.co/index.php/documento/boletin-trimestral-victimas-bogota-corte-julio-septiembre-2024>.
- 23 Secretaría General - Alcaldía Mayor de Bogotá Alta Consejería de Paz, Víctimas y . Reconciliación. Fichas de Información local Engativá. [Online]. Bogotá; 2019. Available from: http://observatorio.victimasmogota.gov.co/sites/default/files/documentos/10.%20Engativá_0.pdf.
- 24 Alcaldía Mayor de Bogotá, Alta Consejería de Paz, Víctimas y Reconciliación. Fichas de . Información Local Engativá. [Online]. Bogotá; 2019 [cited 2024 Octubre 25. Available from: http://observatorio.victimasmogota.gov.co/sites/default/files/documentos/10.%20Engativá_0.pdf.
- 25 Ministerio de Salud y Protección Social; Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del . Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - Certificación. [Online]. Bogotá; Julio 2020-Junio 2024 [cited 2024 Octubre 31. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/personas-certificadas-con-discapacidad/>.
- 26 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.; Secretaría Distrital de . Salud. Pueblos indígenas en Bogotá. [Online].; 2023 [cited 2024 Noviembre 8. Available from: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/etnias/Pueblos_indigenas_bta.pdf.
- 27 Secretaría Distrital de Gobierno. Consejo Distrital de Política Económica y Social del . Distrito Capital 37. Política Pública de los Pueblos Indígenas en Bogotá. Registro Distrital No. 7943 del 20 de febrero de 2024.
- 28 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.; Secretaría Distrital de . Salud. Asis Diferencial Comunidades Negras y Afrocolombianas. 2020-2021. Documento de Asis Direrencial.
- 29 Subred Integrada de Servicios Sur Occidente E.S.E. Análisis de condiciones, calidad de . vida, salud y enfermedad (ACCVSyE) de las comunidades negras afrocolombianas residentes en Bogotá D. C. [Online].; 2024. Available from: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/etnias/Com_negras_afrocol_Bta.pdf.
- 30 Secretaría Distrital de Planeación. Caracterización de la población migrante en Bogotá. . [Online].; 2024 [cited 2024 Noviembre 5. Available from: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/boletin_poblacion_migrante.pdf.
- 31 Secretaría Distrital de Salud; Subredes Integradas de Servicios de Salud. Proceso . transversal gestión de las politicas para la salud y la vida en la construcción de una nueva gobernanza Análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad. 2021..
- 32 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Directorio de unidades SIVIGILA . activas y caracterizadas. 2024. Corte a semana 47.

- 33 Organización Panamericana de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Online].; . 2023 [cited 2025 Enero 29. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
- 34 Zunzunegui. ÁOPyMV. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención . sanitaria. UNAM. México pp. 1-20; 2022.
- 35 Secretaría Distrital de Salud. Comprensión territorial de la salud localidad de Engativá. . Ensayo. Bogotá D.C: Secretaría Distrital de Planeación, Bogotá D.C; 2024.
- 36 Secretaría de Desarrollo Económico. Observatorio del Desarrollo Económico. El . mercado laboral en 19 localidades de Bogotá. [Online].; 2022 [cited 2024 Noviembre 22. Available from: https://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/sites/default/files/files_articles/ne_m_erclab_final.pdf.
- 37 Organización Internacional del Trabajo. Empleo Informal. [Online].; 2024 [cited 2024 . Noviembre 27. Available from: <https://www.oitinterfor.org/taxonomy/term/3366?page=8>.
- 38 Secretaría Distrital de Salud. Documento operativo Entorno Cuidador Laboral “Bienestar . en nuestro Entorno Laboral”. 2024 Octubre - Noviembre..
- 39 Secretaría Distrital de Salud. Saludata - Observatorio de Salud de Bogotá Datos abiertos, . gobierno transparente. [Online].; 2025 [cited 2025 junio 6. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/enfermedades-derivadas-de-la-ocupacion/>.
- 40 Secretaria de Educación. Boletines Estadísticos. [Online].; 2022 [cited 2024 Noviembre . 14. Available from: https://www.educacionbogota.edu.co/portal_institucional/node/4255.
- 41 Secretaría Distrital de Salud. Observatorio Intersectorial de Drogas del Distrito -OID-. . [Online].; 2024 [cited 2025 Enero 20 [Datos tomados del Observatorio Intersectorial de Drogas del Distrito -OID-]. Available from: <https://oiddistrito.shinyapps.io/VespApp/>.
- 42 Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - Secretaria Distrital de Salud. . Observatorio de Salud de Bogota -SaluData. Estudios Distritales de Consumo de Sustancias Psicoactivas. [Online].; 2016- 2022 [cited 2024 Noviembre 15 [Datos tomados del Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData-]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/prevalencia-consumo-actual/>.
- 43 Subsistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y . violencia sexual – SIVIM-. Observatorio de Salud de Bogotá - SaluData. Violencia intrafamiliar y de género. [Online].; Serie disponible 2013-2024 (I semestre) [cited 2024 Octubre 29 [2013- 2023 "datos definitivos" y datos 2024 "preliminares"]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/violencia-intrafamiliar/>.
- 44 Subredes Distritales de Salud. Personas que participan en espacios e instancias de . Participación Social en Salud en Bogotá D.C. [Online].; 2024 [cited 2025 Enero 27. Available from: https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/espacios_instancias/.
- 45 Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional -SISVAN- Secretaría Distrital de Salud. . Observatorio de Salud de Bogotá -SaluData. Proporción de Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses. [Online].; Serie disponible 2005-2023 [cited 2025 Enero 27

- [Datos tomados de Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData-]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/lactancia-materna-exclusiva/>.
- 46 Secretaría Distrital de Salud. Bases RUAF_ND_SDS. 2019 a 2024. 2019-2023 datos . "cerrados" y 2024 datos "preliminares".
- 47 Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - Secretaría Distrital de Salud - . SDS-. Observatorio de Salud de Bogotá -SaluData. Malnutrición en población gestante. [Online].; Serie disponible 2006-2023 [cited 2025 Enero 27 [Datos tomados de Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData-]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/malnutricion-en-gestantes/>.
- 48 Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional -SISVAN - Secretaría Distrital de Salud. . Observatorio de Salud de Bogotá - SaluData. Malnutrición en niños menores de 5 años. [Online].; Serie disponible 2005-2023 [cited 2025 Enero 27 [Datos tomados de Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData-]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/malnutricion-menores-de-5-anos/>.
- 49 Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - Secretaría Distrital de Salud. . Observatorio de salud de Bogotá-SaluData. Malnutrición en poblacion de 5 a 17 años. [Online].; Serie disponible 2011-2023 [cited 2025 Enero 27 [Datos tomados de Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData-]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/malnutricion-de-5-a-17-anos/>.
- 50 SDS. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Proporción de personas que realizan . actividad física en Bogotá D.C. [Online].; 2021 [cited 2025 Marzo 17. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/proporcion-de-personas-que-realizan-actividad-fisica-en-bogota-d-c/>.
- 51 Organización Mundial de la Salud. Género y salud. [Online].; 2018 [cited 2025 Enero 29. . Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>.
- 52 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Documento de población mujeres . trans. Bogotá, Colombia. Pp. 1-43; 2021.
- 53 Mies Vargas C. El género como determinante social de la salud y su impacto en el . desarrollo sostenible. UNIVERSITAS. Revista De Filosofía, Derecho Y Política, pp. 33-47.Tomado de: <https://doi.org/10.20318/universitas.2023.7412>.; (2022).
- 54 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Documento de población mujeres . trans. Bogotá, Colombia. Pp. 1-43; 2021.
- 55 Daniela Muñoz Amaya MSM. Análisis de Derechos Humanos de las personas LGBTI que . realizan actividades Sexuales Pagadas. Bogotá, Colombia. Secretaría Distrital de Planeación Serie Documentos de Trabajo N°19 de 2024. Pp. 1-26; 2024.
- 56 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Análisis de Violencias de Género en . la Prestación de los Servicios de Salud. Análisis Temático para la Generación del Conocimiento. 2023..
- 57 Fernando Alex Cortés Telloa DSJDAAMDLM. El Territorio como Determinante Social de . la Salud: Algunas Estrategias para su Abordaje. Santiago de Chile Universidad Central de Chile.; 2021.
- 58 Secretaría Distrital de Salud. Comprensión territorial de la salud localidad de Engativá. . Bogotá, Colombia. Pp. 1-72; 2023.

- 59 Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Afiliación según . régimen de aseguramiento SGSS en Bogotá D.C. [Online].; 2023 [cited 2024 Noviembre 14]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>.
- 60 Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. . Observatorio de Salud de Bogotá - SaluData. Afiliación al sistema de seguridad social en salud según régimen de aseguramiento en Bogotá D.C. [Online].; Datos disponibles 2013- 2024 (corte septiembre) [cited 2024 Noviembre 19]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/afiliacion-segun-regimen-de-aseguramiento-sgss-en-bogota-d-c/>.
- 61 Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI- Secretaría Distrital de Salud. Observatorio . de Salud de Bogotá-Salud Data. Seguimiento meta programática de vacunación en Bogotá D.D. [Online].; Serie disponible 2013 – 2024 [cited 2025 Junio 6]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/cobertura-vacunacion/>.
- 62 Secretaría Distrital de Salud. Base RUAF_ND EEVV-SDS. 2023. Datos "preliminares". .
- 63 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.. Portafolio. [Online].; 2025 [cited . 2025 Junio 9]. Available from: <https://www.subrednorte.gov.co/portafolio/>.
- 64 Secretaría Distrital de Salud. Salidas bases de datos RIPS_SDS, consolidada a partir de . SISPRO- MSPS para población de regímenes contributivo y subsidiado, e información aportada por IPS para población no afiliada y atendida de manera particular. 2019 - 2024 (I semestre). Atenciones 2019-2023 datos "preliminares", datos 2024 "preliminares" y "parciales" con corte a I semestre, tomados del Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData.
- 65 Secretaría Distrital de Salud. Cuadros de salida Eventos de Notificación Obligatoria - . ENOS-. 2019-2024 (I semestre)..
- 66 Secretaría Distrital de Salud. Bases Estadísticas Vitales RUAF_ND. 2019-2023. Bases . definitivas.
- 67 Secretaría Distrital de Salud. Bases RUAF_ND_SDS. 2019 a 2024. 2019-2023 datos . "cerrados" y 2024 datos "preliminares", ajuste 13 de enero 2025.
- 68 Sistema de Vigilancia Epidemiológica -SIVIGILA- Secretaría Distrital de Salud. Bases . sífilis congénita. 2020 a 2024. 2020 a 2023 datos "cerrados", 2024 datos "preliminares".
- 69 Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional -SISVAN- Secretaría Distrital de Salud. . Bases SISVAN. 2020 a 2024. 2020 a 2023 datos "cerrados" y 2024 "preliminares".
- 70 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Observatorio de violencia. . Salidas lesiones fatales de causa externa en Colombia. [Online].; 2019 - 2024. Datos 2019-2023 "definitivos", 2024 "preliminares" [cited 2025 Marzo 18 [Datos 2019 a 2023 "finales" y datos 2024 "preliminares"]. Available from: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa>.
- 71 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. Actas de unidades de análisis de . mortalidad materna. 2024..
- 72 Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica de Vigilancia Epidemiológica Basada en . Comunidad -VEBC-. Diciembre 2024 - Julio 2025. Vigencia.
- 73 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Documento operativo Bienestar en . Nuestro Entorno Educativo. Diciembre 2024 - Julio 2025..

- 74 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Documento operativo Entorno . Cuidador Comunitario "Bienestar con Nuestra Comunidad". Diciembre 2024 - Julio 2025..
- 75 Gaytán Alarcón AP, González Elizondo MdS, Vergara Gómez I, Díaz Lagos M, Alarcón . Herrera MT. WATER QUALITY INDICES IN MÉXICO AND COLOMBIA. EVOLUTION, CRITERIA AND CHALLENGES. [Online].; 2022 [cited 2025 1 24. Available from: https://revistas.uptc.edu.co/index.php/ingenieria_sogamoso/article/view/14264?utm_source=chatgpt.com.
- 76 Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-. Observatorio Fiscal del . Distrito. [Online].; 2023 [cited 2024 Noviembre 14. Available from: https://observatoriofiscal.shd.gov.co/informes_analisis_y_estudios/documentos_de_analisis.

ANEXOS

Anexo 1. Relación espacial entre problemáticas, respuesta institucional y población, localidad Engativá

PROBLEMÁTICAS	ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES DE RESPUESTA	VARIABLE POBLACIONAL
Mortalidad Materna Mortalidad Perinatal Bajo Peso al Nacer	Entorno Educativo e Institucional VSP (IEC Caracterización Gestantes) EBE-H	Nacidos Vivos 2024 + Defunciones Fetales
Embarazo en Adolescentes	Entorno Educativo e Institucional VSP (IEC Caracterización Gestantes) EBE-H	Proyección poblacional mujeres entre los 14 y 19 años 2024
Conducta Suicida	VSP (IEC Salud Mental) EBE-H Entorno Educativo y Comunitario	Proyección poblacional 2024

Fuente: elaboración propia equipo ACCVSyE, marzo 2025

Anexo 2. Distribución de la población, densidad poblacional, hogares y viviendas por UPZ, localidad de Engativá, 2024

Código UPZ	Nombre UPZ	Total hombres	Total mujeres	Total población	% localidad	Área KM	Densidad poblacional	Hogares	Viviendas totales	Viviendas ocupadas	% viviendas ocupadas
026	LAS FERIAS	48.183	52.801	100.984	12,3	4,7238	21.377,74	40.743	38.136	37.357	98,0
029	MINUTO DE DIOS	52.276	58.441	110.717	13,5	3,7251	29.722,19	42.313	39.656	39.536	99,7
030	BOYACÁ REAL	61.231	67.220	128.451	15,7	4,5286	28.364,29	49.668	48.512	46.870	96,6
031	SANTA CECILIA	31.742	35.810	67.552	8,2	3,0796	21.935,66	27.633	26.690	26.109	97,8
072	BOLIVIA	38.325	45.681	84.006	10,3	4,7355	17.739,77	32.240	34.123	31.859	93,4
073	GARCÉS NAVAS	80.170	89.258	169.428	20,7	5,5392	30.586,90	62.526	63.495	60.496	95,3
074	ENGATIVÁ	69.564	73.706	143.270	17,5	5,8646	24.429,74	51.420	49.559	49.203	99,3
105	JARDÍN BOTÁNICO	1.696	1.242	2.938	0,4	1,6138	1.820,58	1.103	1.112	1.059	95,2
116	ÁLAMOS	5.684	6.411	12.095	1,5	1,9984	6.052,34	4.778	5.257	4.648	88,4
Total Engativá		388.871	430.570	819.441	100,0	35,8085	22.884,00	312.424	306.540	297.137	96,9

Fuente: proyecciones poblacionales DANE – CNPV 2018- Datos abiertos IDECA

Anexo 3. Equipamientos de salud, de recreación y deporte, según UPZ, localidad de Engativá, 2024

Nombre UPZ	Equipamientos recreación y deporte	%	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud			
			Privadas	%	Públicas	%
ÁLAMOS	24	4,3	4	7,1	1	8,3
BOLIVIA	50	9,0	4	7,1	1	8,3
BOYACÁ REAL	70	12,5	8	14,3	1	8,3
ENGATIVÁ	57	10,2	0	0,0	1	8,3
GARCÉS NAVAS	87	15,6	8	14,3	1	8,3
JARDIN BOTÁNICO	7	1,3	3	5,4	2	16,7
LAS FERIAS	62	11,1	10	17,9	2	16,7
MINUTO DE DIOS	149	26,7	8	14,3	3	25,0
SANTA CECILIA	52	9,3	11	19,6	0	0,0
Total	558	100,0	56	100,0	12	100,0

Fuente: datos abiertos IDECA 2024. SIVIGILA IPS públicas y Privadas activas semana 47 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Anexo 4. Oferta de servicios de transporte: rutas, paraderos del SITP y estaciones de Transmilenio por UPZ, localidad de Engativá, 2024

Nombre UPZ	Oferta servicios de Transporte	%
ÁLAMOS	90	6,2
BOLIVIA	107	7,3
BOYACÁ REAL	266	18,2
ENGATIVÁ	137	9,4
GARCÉS NAVAS	208	14,3
JARDIN BOTÁNICO	113	7,7
LAS FERIAS	241	16,5
MINUTO DE DIOS	143	9,8
SANTA CECILIA	154	10,6
Total	1.459	100,0

Fuente: mapa de referencia IDECA actualizada junio 2024

Anexo 5. Indicadores para los Determinantes Sociales en Salud, localidad de Engativá 2021, 2022, 2023 y 2024¹²

Dimensión	Categorías	Determinantes intermediarios de la salud	Bogotá	Engativá	Año
Socioeconómica	Acceso a los servicios públicos	Cobertura de servicios de electricidad	99,9	100,0	2021
		Cobertura de acueducto	99,8	100,0	2021
		Cobertura de alcantarillado	99,5	99,7	2021
	Educación	Porcentaje de hogares con analfabetismo	2,2	1,5	2021
		Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria	97,5	90,0	2022
		Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario	107,3	110,1	2022
		Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media	97	103,7	2022
	Salud mental	Prevalencia de consumo actual de cualquier sustancia ilícita	4,5	5,1	2022
		Prevalencia de fumadores actuales	15,6	16,5	2022
		Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar	580,2	484,3	2023
	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Proporción de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses	82,6	88,6	2023
		Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	16,5	15,4	2024 (pre)
		Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años	6,3	5,9	2023
		Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años	14,9	12,8	2023
		Prevalencia de obesidad en población de 18 a 64 años	57,2	56,6	2023
Género	Violencias Basadas en Género	Tasa de incidencia de violencia contra la mujer	780,3	655,3	2023
Territorial	Sistema Sanitario	Cobertura de afiliación al SGSSS	101,0	99,5	2023
		Coberturas administrativas de vacunación con pentavalente en menores de 1 año	92,6	112	2024
		Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en niños de 1 año	92,7	94,7	2024

¹² De acuerdo con la disponibilidad de la información cada indicador puede tener un año diferente para el análisis.

Dimensión	Categorías	Determinantes intermediarios de la salud	Bogotá	Engativá	Año
		Coberturas administrativas de vacunación refuerzo de triple viral menores de 5 años	81,7	98,0	2024
		Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	89,8	90,7	2023
		Cobertura de parto institucional	99,9	99,9	2023
		Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	99,8	99,8	2023

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-; Secretaría Distrital de Planeación Encuesta Multipropósito 2021.

Estudios distritales de consumo de sustancias psicoactivas 2016 y 2022.

Matrícula oficial 2018 SIMAT, fecha de corte 28 de febrero. 2019-2022 SIMAT fecha de corte 31 de marzo. Matrícula no oficial 2018-2019 imputada del Censo C-600 de cada anualidad. 2020-2022 SIMAT fecha de corte 30 de septiembre. Proyecciones y retroproyecciones de población con base en el CNPV 2018.

Subsistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual – SIVIM. Serie disponible 2013- 2024 (primer semestre)

Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN -SDS. Base definitiva 2023.

Contributivo BDUA – ADRES corte 31 de diciembre de 2023. Subsidiado BDUA – ADRES corte 31 diciembre de 2023.

Maestro Subsidiado SDS corte 31 diciembre de 2023. Base de datos SISBÉN certificada DNP corte 31 de diciembre de 2023. DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2017. Listados Censales Poblaciones Especiales corte 31 de diciembre de 2023.

Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. Secretaría Distrital de Salud. Serie disponible 2013 - 2024

Base RUAF_ND EEVV-SDS. 2022 bases definitivas- 2023 datos “preliminares” - 2024 datos “parciales y preliminares”.

Anexo 6. Matriz de análisis de la respuesta para la localidad de Engativá 2025

[illegible]

[illegible]

Fuente: elaboración propia, ACCVSyE Subred Norte, 2025