



Diagnóstico

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

11 Localidad Suba



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 Hogar
EEP	Estructura Ecológica Principal
EM	Encuesta Multipropósito
ENOS	Eventos de Notificación Obligatoria
EEP	Estructura Ecológica Principal
IEC	Investigaciones Epidemiológica de Campo
ETA	Enfermedades Transmitidas por Alimentos
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
PEP	Permiso Especial de Permanencia
PET	Población en Edad de Trabajar
PIB	Producto Interno Bruto
POT	Plan de Ordenamiento Territorial
PTT	Permiso por Protección Temporal
PSHC	Personas en Situación de Habitancia en Calle
PTS	Plan Territorial de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios
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
ETA	Enfermedades Transmitidas por Alimentos

TABLA DE CONTENIDO

1. CAPÍTULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	17
1.1 Contexto político administrativo	17
1.2 Condiciones ecológico – ambientales.....	18
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	29
1.7 Reflexiones finales	32
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.....	44
2.5 Reflexiones finales	48
3. CAPÍTULO III: SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO	49
3.1 Morbilidad.....	49
3.2 Mortalidad.....	58
3.3 Eventos trazadores en salud pública.....	70
3.4 Problemáticas y necesidades sociales y ambientales.....	72
3.5 Núcleos de inequidad socio sanitaria a nivel local.....	73
3.5.1 Núcleo Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud	73
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	74
3.5.3 Núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud.....	75
3.5.4 Núcleo de Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes y pandemias	76
3.6 Reflexiones finales	76
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.	77
4.1Análisis de la respuesta sectorial, intersectorial y social	77

4.2Reflexiones	finales
.....	101
5. CAPÍTULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	102
5.1Priorización de problemas y necesidades sociales de salud en la localidad102
5.2Reflexiones	finales
.....	106
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.....	107
6.1Propuesta de recomendaciones para la localidad107

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por sexo y momento de curso de vida, localidad Suba, 2024	24
Tabla 2. Indicadores demográficos, localidad Suba años 2012, 2017, 2022, 2023	24
Tabla 3. Tasa de cobertura bruta por nivel educativo, localidad Suba y Bogotá, 2018-2022...	36
Tabla 4. Número de atenciones prestadas según tipo de servicio y edad por quinquenios, localidad Suba, 2019 -2023 y I semestre de 2024*	52
Tabla 5. Principales causas de atención según sexo atendido, localidad Suba, I semestre de 2024*	53
Tabla 6. Principales causas de atención en el servicio de urgencias con observación, según sexo atendido, localidad Suba, I semestre de 2024*	54
Tabla 7. Principales causas de atención en el servicio hospitalización según sexo atendido, localidad Suba I semestre de 2024*	55
Tabla 8. Semaforización de los Eventos de Notificación Obligatoria, Bogotá y Suba, 2019 a 2024 (I semestre)	57
Tabla 9. Defunciones según sexo y momento de curso de vida, localidad Suba, 2019 – 2023	59
Tabla 10. Tasas crudas de mortalidad, por enfermedades transmisibles, según sexo, localidad Suba, 2019 – 2023	63
Tabla 11. Tasas crudas de mortalidad, por neoplasias, según sexo, localidad Suba, 2019 – 2023	64
Tabla 12. Tasas crudas de mortalidad, por enfermedades del sistema circulatorio, según sexo, localidad Suba, 2019 – 2023	64
Tabla 13. Tasas crudas de mortalidad, por afecciones del periodo perinatal, según sexo, localidad Suba, 2019 – 2023	65
Tabla 14. Tasas crudas de mortalidad, por causas externas, según sexo, localidad Suba, 2019 – 2023	66
Tabla 15. Tasas crudas de mortalidad, por las demás enfermedades, según sexo, localidad Suba, 2019 – 2023	67
Tabla 16. Tasas crudas de mortalidad, por síntomas, signos y afecciones mal definidas, según sexo, localidad Suba, 2019 – 2023	67

Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad, en menor de 1 año, según sexo, localidad Suba, 2019 – 2023	68
Tabla 18. Tasas específicas de mortalidad, en menor de 1 a 4 años, según sexo, localidad Suba, 2019 – 2023	69
Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad, en menores de 5 años, según sexo, localidad Suba, 2019 – 2023	69
Tabla 20. Semaforización indicadores trazadores asociados a metas del actual PDD y PTS, localidad Suba Vs. Bogotá, 2019 – 2024	70
Tabla 21. Reporte de situaciones problemáticas por ejes en la localidad de Suba, enero a octubre, 2024.....	72
Tabla 22. Matriz de priorización de problemáticas ponderadas según valoración	103
Tabla 23. Matriz de recomendaciones, localidad Suba, 2024	107

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Pirámide poblacional e índices de estructura demográfica, localidad Suba, años 2019-2024-2030	23
Gráfica 2. Número de atenciones por servicio, localidad Suba, 2019 -2023 y I semestre de 2024*	50
Gráfica 3. Número de atenciones prestadas según sexo, localidad Suba, 2019 -2023 y I semestre de 2024*	50
Gráfica 4. Tasas crudas de mortalidad por grandes causas, localidad Suba, 2019 – 2023	60
Gráfica 5. Tasas crudas de mortalidad en hombres, según grandes causas, localidad Suba, 2019 – 2023	61
Gráfica 6. Tasas crudas de mortalidad en mujeres, según grandes causas, localidad Suba, 2019 – 2023	62

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. División político-administrativa UPZ, UPL y sectores catastrales localidad de Suba, 2024	18
Mapa 2.Contexto político-administrativo, características ambientales y riesgos identificados en la localidad de Suba, 2024	20
Mapa 3. Estratificación socioeconómica por manzana catastral, localidad de Suba, 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 Suba 2024	30
Mapa 5. Distribución espacial de UTI de alto, mediano y bajo impacto respecto al estrato socioeconómico en la localidad de Suba 2024	35
Mapa 6. Ocurrencia de casos de violencia intrafamiliar de género y oferta de identidades de respuesta por UPZ, Localidad de Suba 2023.....	42
Mapa 7. Casos eventos de salud materno infantil localidad de Suba, Subred Norte, 2024	71
Mapa 8. Análisis ratio de la respuesta institucional respecto a la problemática de Bajo Peso al Nacer, Suba 2024	78
Mapa 9. Análisis ratio de la respuesta institucional respecto a las problemáticas en mortalidades por cáncer de mama y cérvix y enfermedades circulatorias Suba 2024	83

Mapa 10. Análisis ratio de la respuesta institucional respecto a la problemática en consumo de sustancias psicoactivas Suba 2024.....	89
---	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Relación espacial entre problemáticas, respuesta institucional y población, localidad Suba.	121
Anexo 2. Distribución de la población, densidad poblacional, hogares y viviendas por UPZ, localidad de Suba, 2024	122
Anexo 3. Equipamientos de salud, de recreación y deporte, según UPZ, localidad de Suba, 2024	122
Anexo 4. Oferta de servicios de transporte: rutas, paraderos del SITP y estaciones de Transmilenio por UPZ, localidad de Suba, 2024.....	123
Anexo 5. Indicadores para los Determinantes Sociales en Salud, localidad de Suba 2021, 2022, 2023 y 2024	123
Anexo 6. Matriz de análisis de la respuesta para la localidad de Suba 2025	126

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 Suba 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 Suba 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 de Suba 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 presentes 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 Suba.
- 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 Plane 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 refleje 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 Suba, 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 Suba se encuentra ubicada en la parte noroccidental del Distrito Capital, limita al norte con el municipio de Chía, al occidente con el municipio de Cota, al oriente con la localidad de Usaquén y al sur con las localidades de Engativá y Barrios Unidos. Se encuentra integrada por 12 Unidades de Planeamiento Zonal -UPZ- y una Unidad de Planeamiento Rural -UPR- que son: La Academia, Guaymaral, San José de Bavaria, Britalia, El Prado, La Alhambra, Casa Blanca Suba, Niza, La Floresta, Suba, El Rincón, Tibabuyes y Torca (ver **Mapa 1**). Suba posee una extensión de 100,3 Km², siendo la cuarta localidad de mayor extensión en el Distrito después de las localidades de Sumapaz (n=779,4 km²), Usme (n=214,6 km²) y Ciudad Bolívar (129,7 km²). Del total del territorio local, el 62,2% corresponde a suelo urbano y el 37,8 % suelo rural. Actualmente, la localidad cuenta con un total de 825 barrios de los cuales el 42,2% se concentran en las UPZ Rincón y Suba cada una con el 21,1% (n=174); seguías por la UPZ Niza con el 17,8% (n=147), Britalia con el 8,2% (n=68), mientras que, las UPZ Guaymaral y La Academia concentran la menor proporción con el 1,3% cada una (n=11) (7).

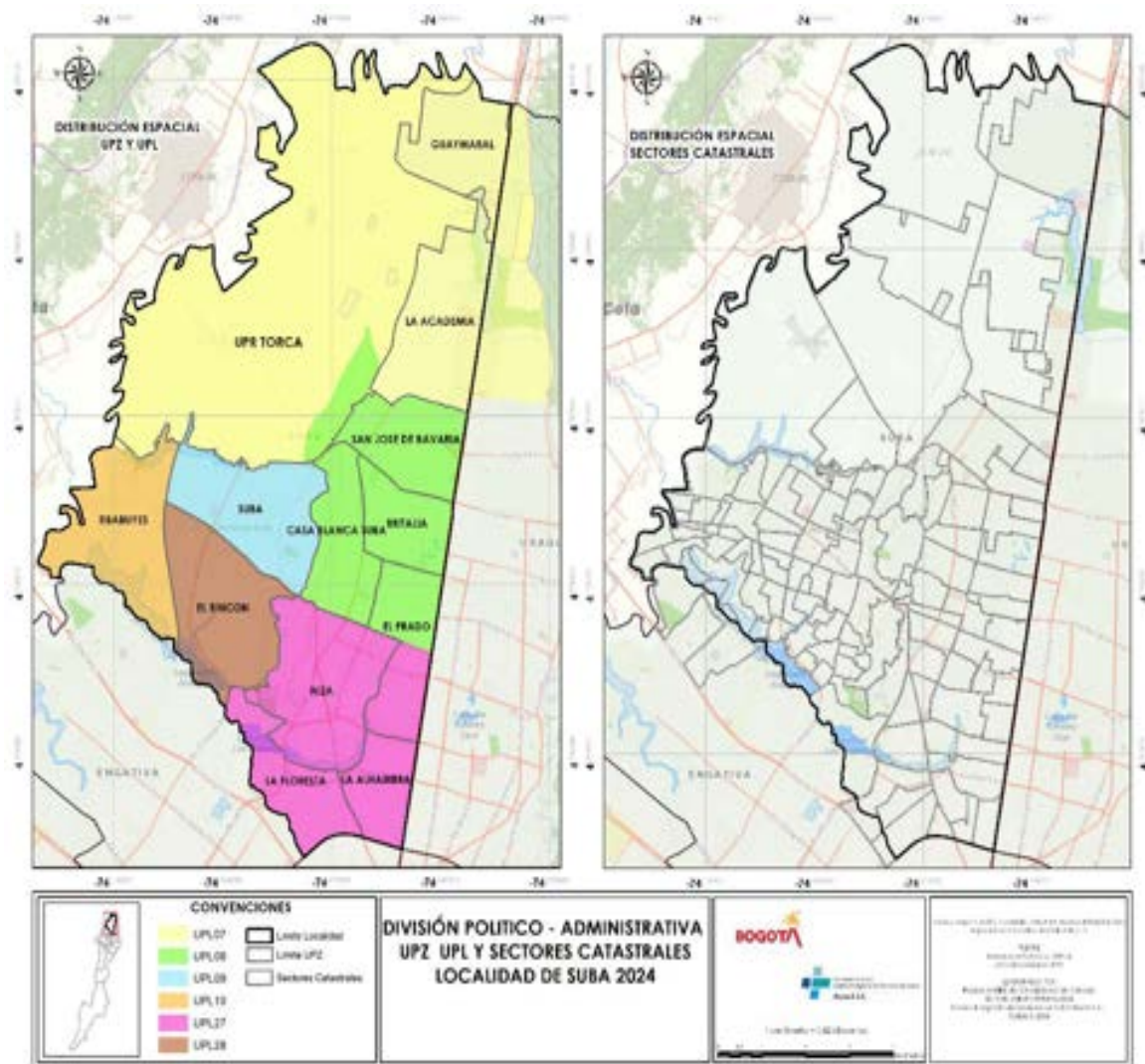
En el año 2021 a través del Decreto 555 se adopta la revisión general del Plan de Ordenamiento Territorial -POT- de Bogotá D.C., a través del cual se reorganiza el territorio distrital en 33 Unidades de Planeamiento Local -UPL-, las cuales se constituyen bajo principios de equidad y respeto por las dinámicas 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 seis UPL que son: Niza, Rincón de Suba, Tibabuyes, Britalia, Suba y Torca que abarca el territorio rural. La UPL Britalia unificara las UPZ: San José de Bavaria, Britalia, Casa Blanca Suba y El Prado hasta la Calle 138 al sur. La UPL Niza unificara las UPZ: Niza, La Floresta, La Alhambra y El Prado hasta la Calle 133 al norte. Las UPL Suba y Tibabuyes conservarían la misma área, mientras que la UPZ El Rincón cambiaría su nombre a Rincón de Suba. La UPZ La Academia y Guaymaral pasarían a ser parte de la UPL rural denominada Torca (7) (ver **Mapa 1**).

Además de las UPZ y UPL, Bogotá integra en su estructura político-administrativa Sectores Catastrales, que son porciones de terreno urbano y rural, conformados por manzanas veredas y se delimitan a partir de accidentes geográficos naturales y culturales. Esta estructura en extensión es más pequeña que las UPZ y UPL, no concuerdan con sus límites administrativos y en algunos casos específicos tampoco se rigen por los límites de las localidades. Suba cuenta con un total de 129 Sectores Catastrales (7) (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.

Mapa 1. División político-administrativa UPZ, UPL y sectores catastrales localidad de Suba, 2024



Fuente: mapa de referencia IDECA, actualizada junio 2024

1.2 Condiciones ecológico – ambientales

La localidad de Suba se encuentra entre los 2.560 y los 2.700 m.s.n.m. de altitud, lo que conlleva a tener un relieve heterogéneo; con una parte plana y ligeramente ondulada, ubicada al occidente de la localidad y otra con altas pendientes sobre la falda de los cerros de Suba, en los cuales se emplaza gran parte de su desarrollo urbano, especialmente en algunos barrios de las UPZ Suba, El Rincón, Niza, Casa Blanca y San José de Bavaria (7).

Suba tiene una temperatura promedio anual de 14,37°C, correspondiente a clima frío subhúmedo. Para la zona, los registros históricos de los valores medios de temperatura de la estación climatológica Guaymaral, evidencian un valor inferior promedio de la temperatura de 12,9°C. En cuanto a la humedad relativa y precipitación el promedio diario anual es de 77% y de 900 a 1.000 mm³ respectivamente (9).

Frente a la oferta ambiental, la localidad cuenta con cuatro áreas protegidas de carácter urbano compuestas por: el Humedal Torca – Guaymaral, que posee un área de 71 hectáreas; el Humedal Córdoba con un área de 40,5 hectáreas, Humedal Juan Amarillo con 222,7 hectáreas y Humedal La Conejera con 58,8 hectáreas. Es importante recordar que parte de las áreas protegidas corresponden a la Reserva Thomas Van der Hammen (9) (ver **Mapa 2**).

Con respecto al recurso hídrico, la Secretaría Distrital de Ambiente señaló que el índice de Calidad del Agua por sus siglas en inglés Water Quality Index¹ -WQI-, para el periodo 2019-2020 en los Humedales Córdoba y la Conejera se clasificó entre aceptable y excelente, mientras que para Juanquera Zona 3 y el parque Ecológico Distrital Humedal Torca y Guaymaral la calidad fue pobre. Los valores más altos, se asociaron a Laguna Verde y los más bajos al sitio Edificio Fontanar y Mirador. Respecto al Humedal Juan Amarillo los sectores del Brazo Sector 1, Chucua Cañiza y Chucua de los Curíes 2, obtuvieron una calificación muy pobre con valores entre 29,04 y 42,36 (10).

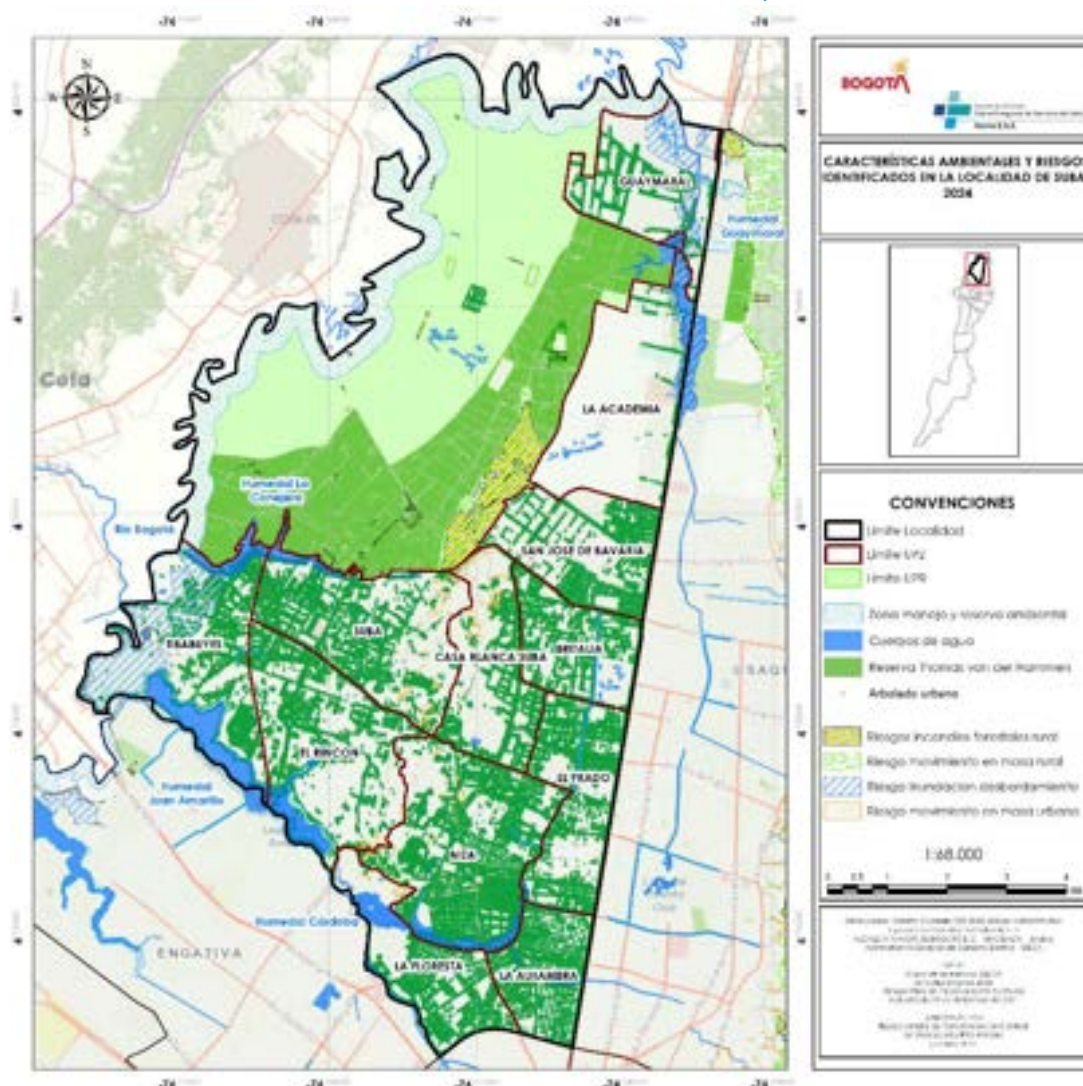
La Estructura Ecológica Principal -EEP- de la localidad, hace referencia a un sistema de parques y zonas verdes dentro del área urbana construida, en los cuales se resaltan dos parques metropolitanos (Cerros de Suba Cuchilla y Mirador de los Nevados), 10 parques zonales y las múltiples zonas verdes que corresponden a elementos construidos urbanos conectados ecológicamente dentro de la estructura ecológica de la ciudad (11).

Para la localidad de Suba se identifican tres tipos de riesgos naturales: incendios forestales, fenómenos de remoción en masa e inundaciones. Con respecto a los incendios forestales se identifican riesgos en la UPR en los límites con las UPZ San José de Bavaria, Casa Blanca Suba en Guaymaral en los límites con la localidad de Usaquén. La ocurrencia se encuentra ligada a la plantación de especies vegetales ajenas al ecosistema como, por ejemplo: el retamo espinoso, eucaliptos y pinos, los cuales, al no ser especies endémicas, en épocas de sequía y aumento de las temperaturas por del fenómeno del niño se convierten en agentes acelerantes. Otro de los factores asociados al fenómeno tiene que ver con el manejo inadecuado por turistas y habitantes de calle que dejan fogatas encendidas o hacen uso de sustancias inflamables en zonas de espesa vegetación (12) (ver **Mapa 2**).

Otro de los riesgos identificados, tiene que ver con la ocurrencia de inundaciones, principalmente en épocas de lluvia (fenómeno de la niña). Este riesgo se concentra en los humedales Juan Amarillo, Córdoba, Conejera, Guaymaral y el río Bogotá. Las UPZ más afectadas en este escenario serían Tibabuyes, El Rincón y Guaymaral. Por último, se identifican riesgos por fenómenos de remoción en masa, principalmente en la parte alta de los Cerros de Suba; en las UPZ Suba, Rincón, Niza y Casa Blanca Suba. Los puntos críticos de prevalencia del fenómeno son: La Conejera, Tuna Alta que tras lo ocurrido en el año 2017 durante la temporada de lluvias ha concentrado atención especial, y el Mirador de los Nevados (12) (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 (92).

Mapa 2.Contexto político-administrativo, características ambientales y riesgos identificados en la localidad de Suba, 2024



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

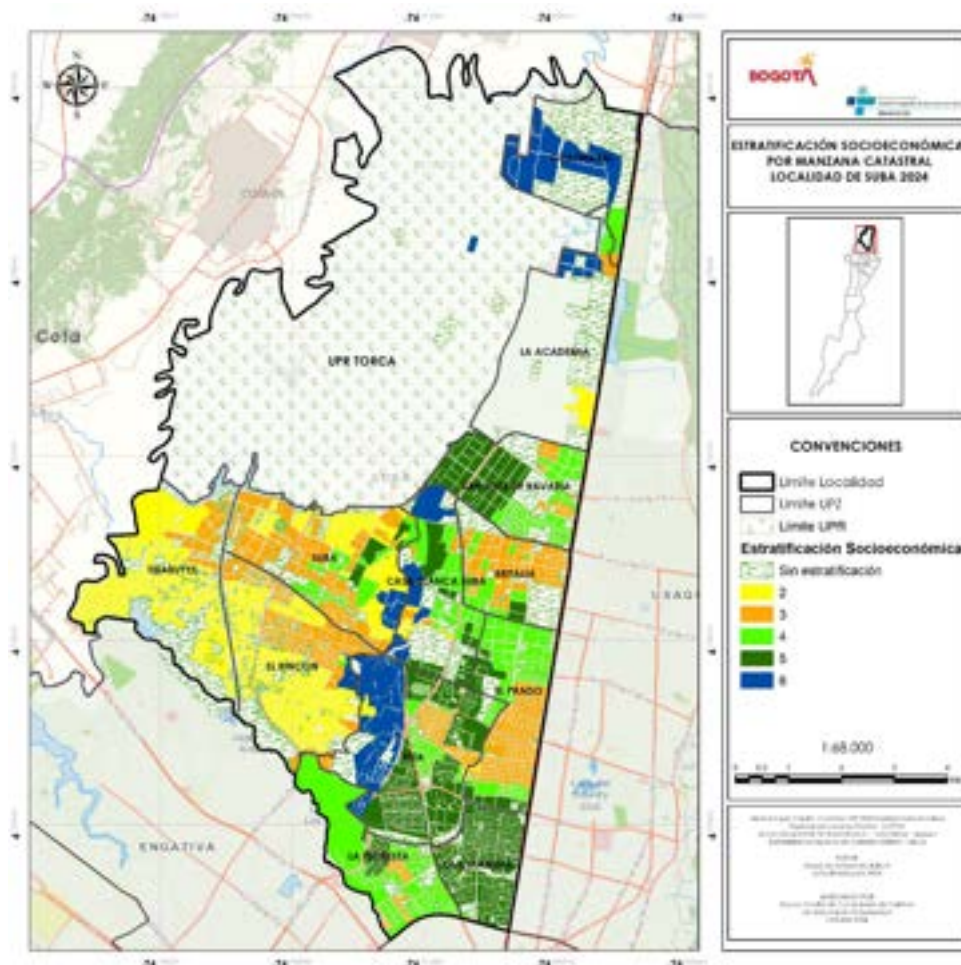
1.3 Condiciones socio económicas

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 (13).

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



Fuente: mapa de referencia IDECA, actualizado junio 2024

En la localidad de Suba la estratificación socioeconómica² abarca desde el estrato 2 hasta el estrato 6. Las manzanas catastrales clasificadas con estrato 2 están localizadas principalmente en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y en menor medida en la UPZ Suba. El estrato 3 se concentra en las UPZ Tibabuyes, el Rincón, Suba, El Prado, Britalia, y algunos sectores de La floresta, Niza, Casa Blanca Suba y San José de Bavaria. El estrato 4 se ubica en las UPZ La Floresta, El Prado, Casa Blanca Suba, San José de Bavaria y en algunos sectores de Suba. El estrato 5 se concentra casi por completo en la Alhambra, seguido por Niza, San José de

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

Bavaria, La Floresta y unos pequeños sectores en Suba y el Prado. Por último, el estrato 6 se encuentra en las UPZ Niza, Casa Blanca, Guaymaral y algunos sectores de Suba (7) (Ver **Mapa 3**).

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 Suba, en el 2017 la localidad registró un índice de NBI de 2,21, menor que el índice Distrital de 2,66. Además, el NBI de miseria en Suba fue 0, también inferior al de la ciudad que fue de 0,1 (14).

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 (12). El IPM de Bogotá para el 2021 fue de 5,7% y para la localidad de Suba fue de 3,7% (37 personas de cada 1.000 tuvieron privación en al menos el 33,0% de los 15 indicadores que mide el IPM) (15) (16).

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 Suba presentó un índice de GINI de 0,56, es decir superior al de Bogotá el cual fue de 0,53 (nivel moderado/alto de desigualdad) (16).

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 Suba tenía 1.313.453 habitantes, que correspondieron al 40,6% de la población de la Subred Norte y el 16,3% del Distrito. El 52,8% (n=693.618) fueron mujeres y el 47,2% (n=619.835) hombres, y

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.

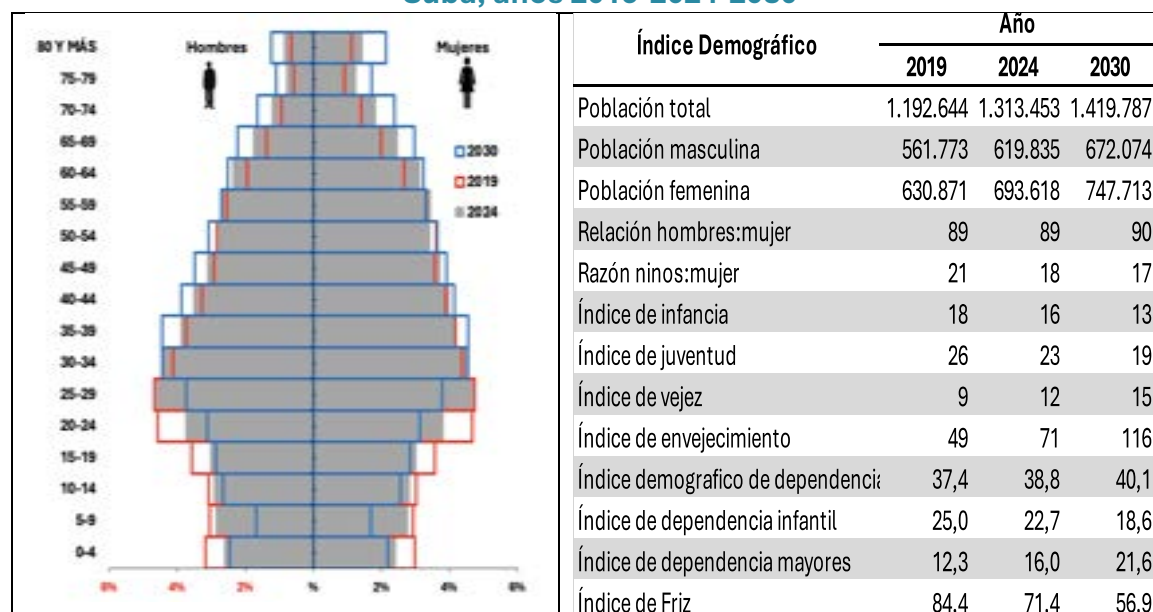
⁴ El IPM mide los hogares con privaciones en 15 indicadores relacionados con cinco dimensiones básicas de bienestar, distintas a la carencia de ingresos: 1) condiciones educativas del hogar, 2) condiciones de la niñez y la juventud, 3) salud, 4) trabajo y 5) acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda (93).

según proyección para el 2030, la población aumentará a 1.419.787 de habitantes. Del total de población de la localidad, la mayor parte se concentró en las UPZ Tibabuyes, Rincón y Suba con el 60,9% (n=799.447), por el contrario, las UPZ con la menor concentración de la población fue Guaymaral con 0,2% (n=2.735), seguida de la Academia con 0,4% (5.377); asimismo, la UPR con una proporción del 0,3% (n=4.338) (17) (ver **Anexo 2**).

Las tres UPZ con mayor densidad poblacional para el 2024 fueron: Tibabuyes con 42.864,9 hab./Km², El Rincón 42.202,8 hab./Km² y Britalia con 30.106 hab./Km², mientras las UPZ con menor densidad poblacional fueron Guaymaral con 604,2 hab./Km² seguida por La Academia con 801,7 hab./Km² y la zona rural con 114,2 hab./Km² (17) (ver **Anexo 2**). La elevada densidad poblacional en las UPZ Tibabuyes y El Rincón, 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 Suba 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 29 años, en contraste, la población mayor de 30 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 80 años hay mayor número de mujeres (17) (ver **Gráfica 1**).

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



Fuente: proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018

Frente a los índices demográficos de Suba, para la relación hombre mujer, no se observa cambio en 2024 con respecto a 2019, mientras la relación niños mujer presentó reducción del 15,2% pasando de 21 a 18 menores de 5 años por cada 100 mujeres en edad fértil, situación igualmente evidenciada en el índice de juventud, el cual disminuyó en 11,4% durante el periodo evaluado. Por el contrario, la dependencia de mayores y de envejecimiento aumentaron en un 30,2% y 43,4%. Adicionalmente, debido a la reducción presentada en el índice de Friz, se podría estimar que para el año 2030, la población de Suba podría ser considerada como envejecida (17) (ver **Gráfica 1**).

Según Momento de Curso de Vida -MCV-, para el 2024 en la localidad de Suba, la mayor proporción de la población se encontraba en la adultez, seguida por la juventud, no obstante, la primera infancia concentró la menor proporción; de otro lado, cabe destacar que la mayor proporción de hombres estaban entre 0 y 17 años, mientras que las mujeres entre los 18 a 60 años y más (17) (ver **Tabla 1**).

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

Momento de Curso de Vida	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primera Infancia (0 a 5 años)	41.020	51,9	37.976	48,1	78.996	6,0
Infancia (6 a 11 años)	46.335	50,8	44.881	49,2	91.216	6,9
Adolescencia (12 a 17 años)	46.318	50,8	44.800	49,2	91.118	6,9
Juventud (18 a 28 años)	113.753	49,6	115.654	50,4	229.407	17,5
Adultez (29 a 59 años)	280.937	46,9	318.179	53,1	599.116	45,6
Vejez (60 y más años)	91.472	40,9	132.128	59,1	223.600	17,0
Total	619.835	47,2	693.618	52,8	1.313.453	100,0

Fuente: proyecciones poblacionales DANE – CNPV 2018

1.4.2 Indicadores de dinámica demográfica

La tasa bruta de natalidad calculada para Suba en el año 2023 indica que por cada 1.000 habitantes se presentaron 7,1 nacimientos, evidenciando una tendencia al descenso de la natalidad con reducción del 5,3% para el 2023 en comparación con el 2022, asimismo, para este periodo la tasa general de fecundidad y la tasa global de fecundidad presentaron disminución (18) (ver **Tabla 2**).

Finalmente, la localidad de Suba en el año 2023, registró 4.901 muertes lo que representó una tasa de mortalidad bruta de 3,8 por cada 1.000 habitantes, siendo mayor la mortalidad en hombres con una tasa de 3,8 mientras la tasa en mujeres fue de 3,7. Al comparar la mortalidad en 2023 con respecto al 2022, se presentó reducción del indicador en un 11,6% (19) (ver **Tabla 2**).

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

Indicador	2012	2017	2022	% Variación 2012-2022	2023	% Variación 2022-2023
Nacimientos	14.448	13.254	9.495	-34,3%	9.131	-3,8%
Tasa bruta de natalidad	13,3	11,6	7,5	-43,6%	7,1	-5,3%
Tasa general de fecundidad	43,8	39,6	26,3	-40,0%	25,1	-4,6%
Tasa global de fecundidad	1,5	1,3	0,9	-40,0%	0,8	-11,1%
Tasa bruta de mortalidad	3,4	3,8	4,3	26,5%	3,8	-11,6%

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 Suba contó con 490.820 hogares, con un promedio de 2,7 personas por hogar. Para el periodo analizado, la UPZ con mayor número de hogares fue Tibabuyes, que concentró el 22,2% (n=108.895), y en relación con su población contó con un promedio de 2,9 personas por hogar, seguida de El Rincón con el 22,0% (n=107.897) con un promedio de 2,8 personas por hogar. Por otra parte, para el 2024 la localidad de Suba tenía 517.378 viviendas, de las cuales el 92,7% (n=479.829) se encontraban habitadas. La UPZ con mayor ocupación de viviendas fue La Academia con el 97,6% (n=1.573) y la de menor ocupación fue La Alhambra con un 84,0% (n=20.614) (17) (**ver Anexo 2**).

1.5 Poblaciones diferenciales

Población LGBTIQ+

Para el 2021, se estimó que en la localidad de Suba había 11.197 personas LGB⁵ (8,9 por cada 1.000 habitantes) representado una proporción del 17,3% de esta población en el Distrito (n=64.786). Respecto al 2017 se observa un incremento del 139,8% en el número de personas y del 117,8% en la tasa (4.670 personas y 4,1 por cada 1.000 habitantes respectivamente). En cuanto a la distribución según UPZ, para el 2021 las tasas más altas se estimaron en la Alhambra, y Britalia (16,2 y 12,0 personas LGB por cada 1.000 habitantes respectivamente) (20).

A partir de un ejercicio de caracterización realizado por el Centro de Escucha LGBTIQ+ del Entorno Comunitario en 2021, en la localidad de Suba el 0,6% de las personas encuestadas se reconocieron así mismas como pertenecientes a algún sector de la población LGBTI; de las 96 personas entrevistadas, el 82,3% se identificó como homosexual, 14,6% bisexual y 3,1% transgénero (12).

Por otro lado, es importante mencionar que en Suba se ubica un Centro de Atención Integral a la Diversidad Sexual y de Géneros -CAIDS- ubicado en la KR 94 D 131 A 15, el cual es un escenario estratégico para la inclusión, visibilización y fomento de la participación social de esta población a nivel territorial (12).

Personas en Situación de Habitanza en Calle

Según el Censo de Habitantes de Calle en Bogotá 2024 realizado por la secretaria Distrital de Planeación -SDP- y la Secretaría Distrital de Integración Social -SDIS-, en la localidad de Suba se censaron 528 personas que correspondió al 5,0% del total de la población censada en el distrito (n=10.478). El 90,0% eran hombres, el 68,4% cursaba la adultez, seguido de la juventud con el 24,2%, la vejez con el 6,8%, no se cuenta con información del 0,6% de personas censadas. Por entrevista directa se censaron 450 personas de las cuales el 86,4% se identificó como hombre, el 10,0% como mujer, el 0,4% como mujer trans, mientras que el 3,1 % no se

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

identificó en algún género. Por otra parte, el 95,8% no se autorreconoció en ningún grupo étnico, no obstante, el 2,8% se autorreconoció como NARP, el 0,4% como indígena y el 0,9% no respondió (21).

Teniendo en cuenta el nivel educativo más alto alcanzado por las personas censadas, el grado más frecuente fue básica secundaria con el 38,0% seguido de básica primaria con el 24,4%. De otro lado, el 65,8% de los entrevistados nació en Bogotá, el 20,9% en otro municipio colombiano, el 12,7% en otro país, mientras que el 0,7% no respondió la pregunta, asimismo, el 94,7% refirió que Bogotá fue el lugar de inicio de la vida en calle (21).

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 Suba durante el día una mayor concentración de personas en los barrios Aures, San Cayetano, Lagos de Suba, Rincón de Suba, Tibabuyes, Bilbao, Berlín, Villa Elisa, Bosques de San Jorge y Batán, adicionalmente, se evidenció un incremento importante en los alrededores del humedal Juan Amarillo. Asimismo, la mayor concentración de la población durante la noche se presentó en los Barrios El Poa, Lombardía, La Gaitana, Tibabuyes, Bilbao, Berlín y San Pedro (22).

Víctimas del Conflicto Armado -VCA-

Con corte al 30 de septiembre de 2024, la localidad de Suba registró un total de 29.882 VCA, ubicándose en la cuarta posición a nivel distrital con el 8,4% de la población y en el primer lugar de la Subred Norte con el 42,9%. 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) (23).

De acuerdo con la ficha de información local de Suba elaborada por la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación, en 2019 se registraron 21.221 VCA, lo que corresponde a una tasa de 16 víctimas por cada 1.000 habitantes. La UPZ Tibabuyes concentró el 43,0% de las víctimas residentes en la localidad, seguida de la UPZ El Rincón con el 37,0%. En menor proporción, las víctimas se distribuyeron en las UPZ de Suba (11,0%), Britalia (2,0%), Niza (2,0%) y El Prado (2,0%). En términos de características demográficas, se identificó que el 52,5% de las víctimas eran adultas, mientras que el 26,3% correspondía a personas en situación de vejez. Además, el 54,2% de las víctimas eran mujeres y el 2,4% presentaba algún tipo de discapacidad (24). De otro lado, el 14,4% se autorreconocieron como afrocolombianas, el 1,4% como Rrom y 0,2% como raizales (25).

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 Suba se han certificado un total de 8.211 personas que corresponde al 13,0% de personas certificadas con discapacidad en el distrito (n=63.055). En cuanto a la identidad de género el 42,3% (n=3.470) se autorreconoció como hombre, seguido de mujer con el 34,2% (n=2.810) y el 12,9% (n=1.061) no se identificó en algún género. Según momento de curso de vida, la adultez representó la mayor proporción de los casos con el 41,4% (n=3.402), seguido de la vejez y la juventud con el 19,1% (n=1.569) para cada uno (26).

De acuerdo con el tipo de discapacidad, el 28,5% (n= 2.341) presentó discapacidad física, el 12,6% (n=1.036) discapacidad intelectual, el 6,4% (n=526) discapacidad psicosocial, el 4,9% (n=399) discapacidad auditiva, el 4,7% (n=388) discapacidad visual y el 0,04% (n=3)

discapacidad sordoceguera; mientras que el 42,7% (n=3.505) de la población certificada presentó discapacidad múltiple. Respecto al origen de la discapacidad, el 43,3% (n= 3.557) fue relacionada a enfermedad general, el 19,9% (n=1.630) a alteración genética o hereditaria, el 7,7% (n=629) a complicaciones durante el parto, el 4,3% (n=354) a alteraciones del desarrollo embrionario, entre otras (26).

Pueblos y comunidades étnicas

En el 2018 en la localidad de Suba se censaron un total de 1.252.675 personas, de las cuales el 1,1% (n=13.751) se autorreconocieron dentro de uno de los grupos étnicos. De estos, el 68,2% (n=9.385) se autorreconoció como Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a), el 30,1% (n=4.137) como indígena, el 1,3% (n=177) como Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, el 0,2% (n=30) como Palenquero (a) de San Basilio y el 0,2% (n= 22) se identificó como Gitano(a) o Rrom (12).

En cuanto a la distribución por sexo, el 51,4% (n=7.069) fueron mujeres y el 48,6% (n=6.682) fueron hombres. Según grupos de edad, la población se concentró en edades de 20 a 44 años con el 47,9% (n=6.589) y la de menor proporción estuvo en el grupo de 75 años en adelante con 1,6% (n=215) (12).

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, presentó 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 fueron mujeres y el 48,9% (n= 10.566) hombres. En los pueblos Misak, Ambika Pijao y Eperã Siapidaara el grupo femenino tiene mayor representatividad con pesos porcentuales superiores al 53,0%; mientras que, en el Pueblo Uitoto y Tubú es el grupo masculino quien tiene mayores pesos porcentuales por encima del 54,0% (27).

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 Suba residían 17.320 personas con autorreconocimiento indígena, con similar distribución entre sexos, según MCV el 47,9% (n=8.295) se encontraban en la adultez, el 21% (n=3.640) eran personas mayores de 60 años y el 14,5% (n=2.520) en la juventud; los menores de 18 años concentraron el 16,5% de la población indígena de la localidad (28). En esta localidad se encuentra el Cabildo Mayor Indígena Muisca de Suba, pueblo ancestral del territorio Muyquyta o Bacatá, conocido hoy como Bogotá; son custodios de la cultura, medicina y territorios ancestrales de la ciudad, además de encontrarse en proceso de recuperación de lenguaje Muyscubun (28).

El cabildo Muisca de Suba es la comunidad con mayor número de habitantes en Bogotá, pues representa el 41,9% (n=9.061) del total de indígenas en el Distrito. Es posible establecer que las UPZ con mayor concentración de población indígena son: UPZ El Rincón en la localidad de

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.

Suba, con el 18,1%. Frente al momento de curso de vida para la localidad se cuenta mayor presencia de adulto mayor (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 (29).

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% (29)⁷.

De acuerdo con la EM 2021, Suba fue la cuarta localidad con mayor concentración de población negra afrocolombiana con el 10,7% (n=5.601) del total del Distrito (n=52.320) (30), con una importante presencia en los barrios El Rincón, Aures, Gaitana y Lisboa. Cabe destacar que existe una mayor presencia de comunidades Negras y Afrocolombianas del Pacífico, especialmente en localidades como Suba, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe y Engativá. Estas comunidades comparten similitudes culturales, como la música y la danza, entre las que se incluyen el currulao y la chirimía, géneros en los que se utilizan instrumentos de viento y percusión como la tambora, el clarinete, el guasá y la marimba (29).

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 Suba se ubicó en la segunda posición a nivel distrital al tener el 17,6% (n=18.987) de la población migrante, mientras en el 2021 se ubicó en la primera posición con el 16,8% (n=69.912) (31).

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

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

venezolanos vive en estratos 2 y 3 en localidades como Kennedy (14,6%) Suba (14,3%), Bosa (10,3%) y Engativá (10,3%) (32).

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% (32).

1.6 Acceso a servicios y bienes

Suba es una de las localidades con mayor oferta de servicios del Distrito. Presenta una amplia gama de equipamientos para la recreación y el deporte, materializada en parques y zonas verdes aptas para el desarrollo de actividades deportivas, lo que la convierte en un lugar atractivo tanto para sus residentes como para los foráneos. Respecto al mobiliario dispuesto para la recreación y deporte, la localidad cuenta con 1011 de los cuales: Niza concentra la mayor parte con el 16,1 % (n=163), seguida por Suba con el 14,2 % (n=144), El Rincón 13,6% (n=137) y Britalia con el 11,4 % (n=115) (7) (ver **Anexo 3**).

En cuanto a la oferta de equipamientos de salud, la localidad de Suba cuenta con 93 IPS, de las cuales 84 son privadas y 9 son públicas. Por su parte, la distribución espacial de las IPS privadas el 32,1% (n=27) se concentran en la UPZ La Alhambra seguida por La Floresta y El Rincón, ambas con el 15,5 % (n=13), seguidas por Suba y Niza ambas con el 9,5% (n=8). Con respecto a las IPS públicas las UPZ El Prado, La Floresta y Suba cada una con el 22,2% (n=2) (ver **Anexo 3**). Con respecto al nivel de complejidad de los servicios, el 84,2% (n=80) son de primer nivel, el 10,5% (n=10) de segundo nivel y el 5,3% (n=5) de tercer nivel (33).

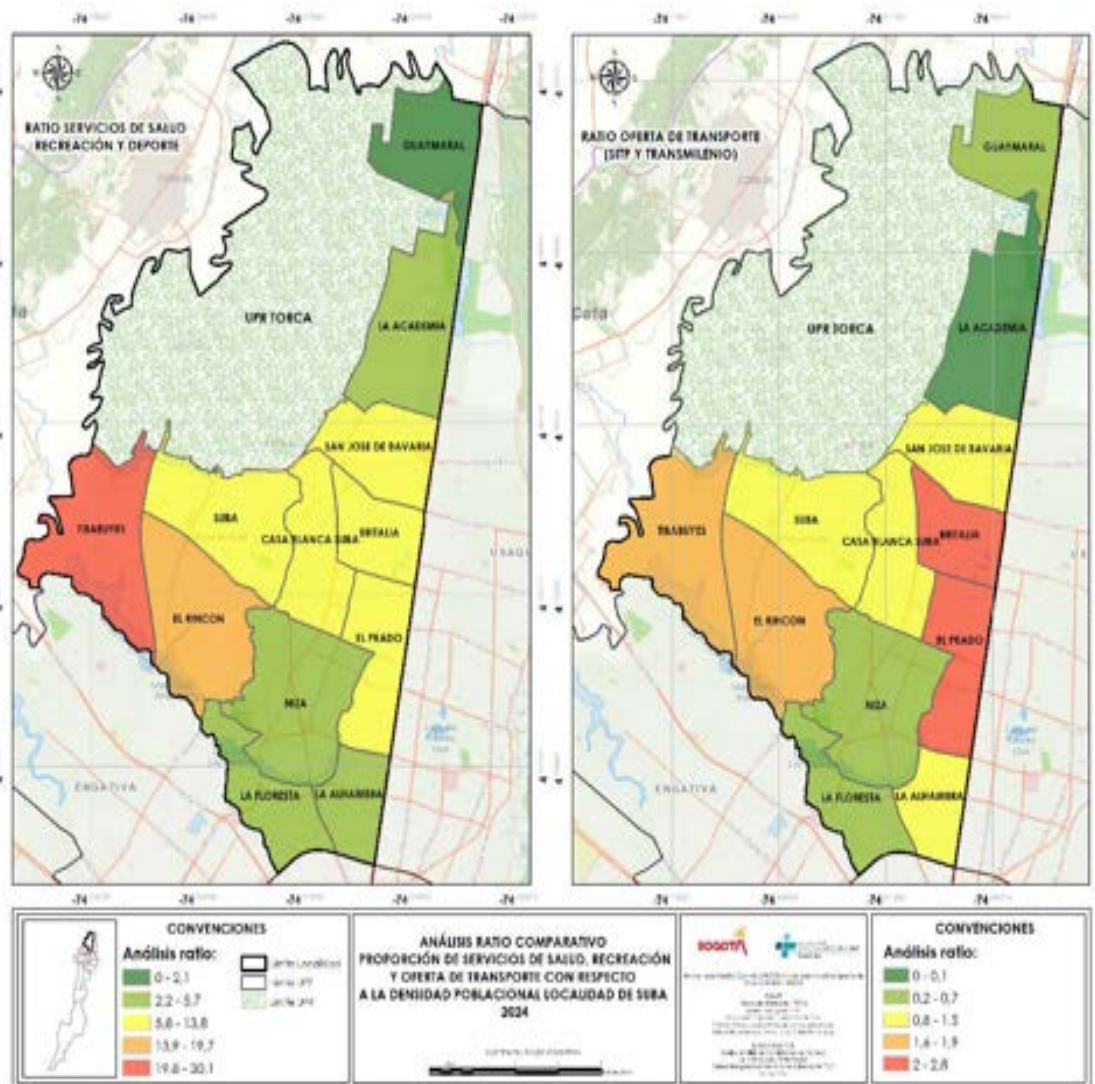
Suba es una de las localidades del Distrito con mayor oferta de IPS, concentradas principalmente a lo largo de la Autopista Norte, una vía de alto flujo vehicular que atraviesa la ciudad y cuenta con una amplia oferta de transporte público, como el portal y las estaciones de TransMilenio, así como paraderos y rutas del SITP. A pesar de esta concentración, la localidad presenta una amplia distribución de IPS dentro de sus límites, cubriendo casi todas las UPZ y con una respuesta destacada en UPZ como El Rincón y Suba, que figuran entre las más densas del Distrito.

En este contexto, la UPZ con mayor deficiencia en la oferta de servicios recreativos, deportivos y de salud en relación con la demanda, medida por densidad poblacional, es Tibabuyes. Esta UPZ, una de las más densas, cuenta con solo dos IPS. Le sigue El Rincón que, aunque tiene una mayor densidad poblacional que Tibabuyes, dispone de una mayor cantidad de IPS para atender las necesidades de sus residentes. La inequidad reflejada que esta insuficiencia debe ser abordada desde una perspectiva interinstitucional, con el fin de reducir las barreras de acceso y garantizar una mejor calidad de vida para todos los residentes (ver **Mapa 4**).

En contraste, la UPZ con mayor suficiencia es Guaymaral. Aunque no cuenta con IPS y presenta una oferta limitada de infraestructura recreativa y deportiva, principalmente en parques, es la UPZ con la densidad poblacional más baja de la localidad, después de la UPR. Su territorio está destinado principalmente a actividades agropecuarias, áreas verdes,

campos de golf, clubes privados, y viviendas campestres y unifamiliares, lo que refleja un uso del suelo distinto al residencial urbano.

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

Además, una parte de su territorio está protegida por razones ambientales, como el Humedal La Conejera. También es importante destacar que la población de esta UPZ pertenece al estrato socioeconómico 6, lo que implica un mayor poder adquisitivo y mejores condiciones para la movilidad y el acceso a bienes y servicios (7) (ver **Mapa 4**).

En cuanto a la oferta de infraestructura vial, Suba cuenta con vías principales en buen estado y una amplia oferta de transporte público, que incluye un portal, varias estaciones de Transmilenio y múltiples paraderos y rutas del SITP. Esta infraestructura facilita la movilidad de miles de personas que a diario se desplazan para acceder a servicios y desarrollar sus actividades cotidianas.

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 1504, de éstas el 15,5 % se concentran en la UPZ Tibabuyes (n=233), El Rincón con el 14,1% (n=163), Suba 12,3 % (n=185) y Niza 10,8% (163) (7) (

Anexo 4).

En cuanto a las deficiencias en la oferta de rutas y mobiliario de transporte público en relación con la densidad poblacional, las UPZ con mayores falencias son Britalia y El Prado, compuestas principalmente por estratos 3 y 4. En segundo lugar se encuentran las UPZ El Rincón y Tibabuyes. Aunque estas últimas cuentan con la mayor infraestructura de transporte público, su alta densidad poblacional, las sitúa en esta posición, debido a la creciente demanda que supera la oferta disponible (ver **Mapa 4**).

De igual forma, se han implementado diversos "Espacios de Cuidado" con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los habitantes, especialmente de grupos vulnerables como mujeres, personas cuidadoras, niños, personas mayores y personas con discapacidad. Estos espacios, gestionados por la Secretaría Distrital de la Mujer -SDM-, están localizados en dos Manzanas de Cuidado en Fontanar del Río y CADE la Gaitana, y ofrecen una amplia gama de servicios intersectoriales. Entre ellos destacan la educación flexible para la culminación de primaria y bachillerato, talleres de orientación socio-ocupacional, y cursos de formación complementaria en colaboración con el SENA. Además, se brindan servicios de orientación psico-jurídica, acompañamiento en emprendimiento y formalización, y acciones colectivas en salud y cuidados, tanto de manera individual como en grupos comunitarios. Los programas incluyen actividades como "Naturaleza, salud y cultura", la Escuela de la Bici, y talleres para el manejo ambiental de recursos naturales (34).

También se imparten actividades físicas como aeróbicos, yoga y zumba, y se organizan talleres de autocuidado dirigidos especialmente a las personas cuidadoras, así como programas de bienestar para animales de compañía, como brigadas médicas veterinarias y avistamiento de fauna. Además, estas Manzanas de Cuidado cuentan con programas específicos para personas mayores, como el Centro Día, y actividades educativas y recreativas para niños y adolescentes, como el refuerzo escolar y el Programa NIDOS, que fomenta experiencias artísticas para los más pequeños.

En cuanto a la equidad de género, se realizan talleres prácticos para redistribuir los trabajos de cuidado entre hombres y mujeres, con iniciativas como "¡A Cuidar se aprende!" y "Escuela A Cuidar se Aprende - Hombres al Cuidado", fomentando un enfoque participativo en la construcción del territorio y en el cuidado mutuo (34). De igual forma, la localidad es reconocida por su dinamismo comercial —con centros como Plaza Imperial, Bulevar Niza, Parque La Colina y Santafé— esta oferta se complementa con la cercanía de servicios, oportunidades comerciales y espacios de encuentro que fortalecen el entorno socioeconómico local (35).

1.7 Reflexiones finales

Suba es una de las localidades del Distrito con mayor diversidad y riqueza ambiental, cultural y socioeconómica, reflejada en sus dinámicas sociales complejas y multifacéticas. La localidad, que cuenta con amplios contrastes, resulta ser un lugar idóneo tanto para residir como para trabajar y generar medios de subsistencia. Aunque históricamente ha sido habitado por la comunidad Muisca, las formas de habitar y relacionarse con el territorio han sido influenciadas por la apropiación territorial de otros grupos poblacionales. Además, los flujos migratorios internos, sumado a factores externos y estructurales, han dinamizado la vida social en la localidad.

De igual forma, se observa un proceso de envejecimiento de la población, acompañado por una notable disminución en las tasas de fecundidad y natalidad entre 2019 y 2024, con un incremento proyectado en los índices de vejez y dependencia para 2030. Las mujeres adultas constituyen la mayor proporción de la población. Además, Suba destaca por su diversidad, con un crecimiento notable de la población LGBTIQ+ concentrada en ciertas áreas. También enfrenta desafíos como la situación de calle, principalmente en hombres jóvenes de sectores vulnerables, y un alto número de víctimas del conflicto armado, en su mayoría mujeres y personas mayores. Se registran avances en la certificación de personas con discapacidad, especialmente física y múltiple, mientras que la población étnica, aunque minoritaria, resalta la riqueza cultural del territorio.

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 (36).

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 (37). 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 Suba. 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.

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 Suba en el 2021 la TGP fue de 64,2% encontrándose por encima de la cifra de Bogotá (63,7%) y ubicándose en la posición 13 a nivel distrital, siendo más alta en la población de 29 a 49 años. Sin embargo, se observa una desigualdad en la participación laboral por género. 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 (38).

Adicionalmente, la tasa de ocupación en la localidad que, se obtiene de relacionar el porcentaje de la población ocupada y el número de personas que integran la Población en Edad de Trabajar -PET, fue de 57,7% pero disminuyó en comparación al 2017 en 2,6 p.p. (60,1%). Esta caída, aunque menos pronunciada que la tasa distrital (55,3%), llama la atención sobre una posible pérdida de empleos o un aumento en la precariedad laboral. La diferencia en la tasa de ocupación por género también es notable ya que mientras los hombres presentaron una tasa del 65,7%, las mujeres registraron el 53,4% para el indicador (38).

Para el 2021, la localidad de Suba registró una tasa de desempleo de 10,5%, un aumento de 3,8 p.p. respecto al 2017 (6,7%). Aunque esta cifra es inferior al promedio distrital (13,2%), el aumento destaca un desafío creciente de la población en búsqueda de empleo. Al igual que los indicadores anteriores, las tasas de desempleo, aunque reducidas, presentan diferencias por género: las mujeres enfrentan en 10,8% versus el 10,2% de los hombres (38).

Ocupación: formal – Informal

Según la Organización Internacional del Trabajo -OIT- la informalidad laboral se entiende como toda actividad económica remunerada pero que no se encuentra registrada, regulada o protegida por marcos legales y normativos (39).

La informalidad laboral es un tema creciente en Colombia y en el Distrito Capital. Por medio del Entorno Laboral de las Subredes Integrales de Servicios de Salud se realiza la vigilancia y se categorizan las Unidades de Trabajo Informal -UTI-, según los riesgos que su desarrollo 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 (40).

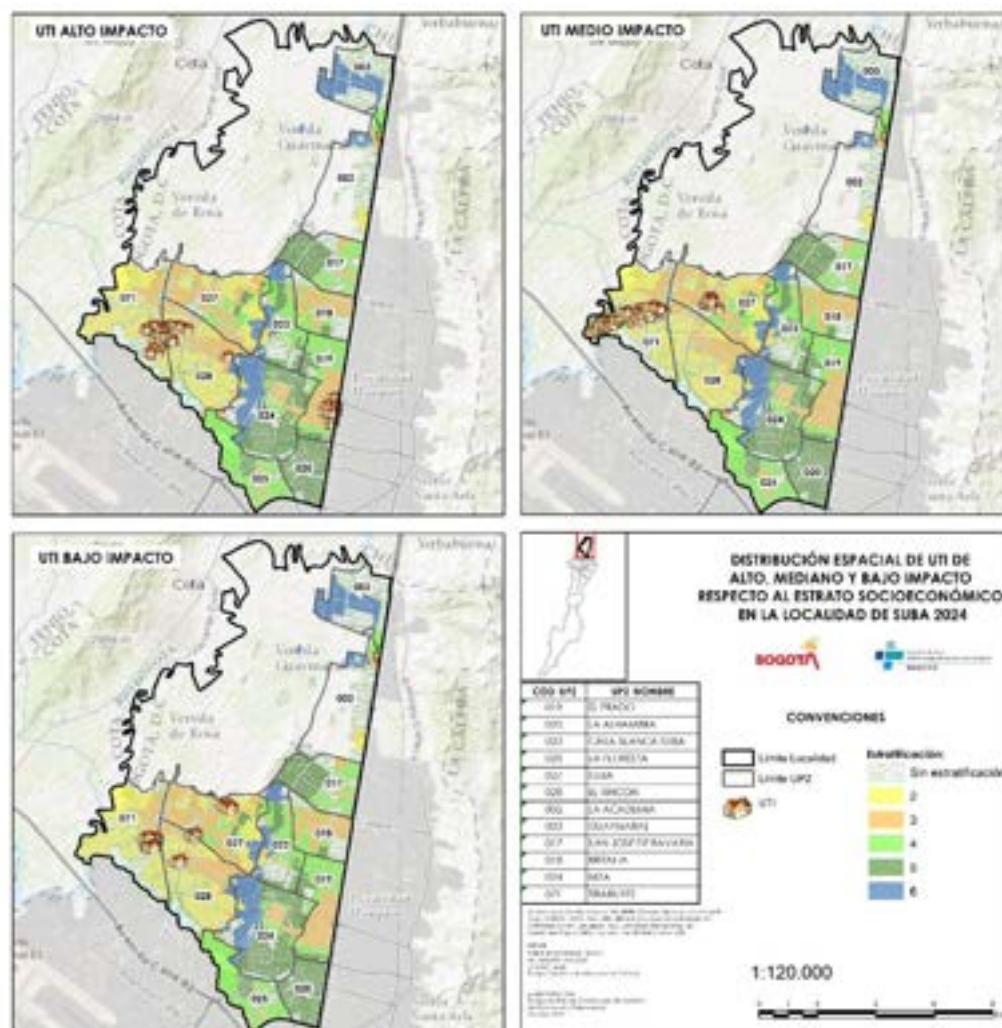
Durante el 2023 en la localidad se abordaron 477 UTI, ubicadas en las UPZ: Tibabuyes, El Rincón, Suba y El Prado, de las cuales el 58,3% son de impacto medio (n=278), el 29,6% de impacto alto (141) y el 12,2% (n=58) de bajo impacto. En relación con las UTI de alto impacto, el 47,5% se encuentran en la UPZ Tibabuyes, el 18,4% en El Rincón y el 34,0% en El Prado. En las UPZ Tibabuyes y El Rincón, estas unidades se concentran en zonas de estratificación socioeconómica 2, principalmente en predios cercanos al Humedal Juan Amarillo. Además del monitoreo permanente de los trabajadores, estas áreas requieren de la supervisión de los protocolos de disposición de desechos ya que representan un riesgo para el entorno natural y los residentes del sector.

En la UPZ El Prado, las UTI se localizan en zonas de estratificación 3, cerca de la Autopista Norte, una vía que atraviesa el Distrito de sur a norte y conecta con el departamento de Cundinamarca (ver **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).

). Finalmente, las UTI de mediano impacto presentan una concentración del 80,9% en la UPZ Tibabuyes y el 19,1 % en la UPZ Suba, comportamiento similar en la distribución de las UTI de bajo impacto en las que el 79,3% se concentran en Tibabuyes, seguida por el 12,1% en Suba y el 8,6% en El Rincón.

En la localidad, la mayor cantidad de enfermedades derivadas de la ocupación en UTI, se concentran principalmente en actividades relacionadas con: peluquería, especialistas en tratamientos de belleza y afines, mecánicos, ajustadores de vehículos de motor y vendedores, demostradores de tiendas, almacenes y afines (41).

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



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

Educación

De acuerdo con información de la Secretaría de Educación del Distrito -SED-, la proyección de la Población en Edad Escolar -PEE- de la localidad de Suba para el 2022 fue de 179.608 habitantes, lo cual correspondía al 15,4% del total de PEE de la ciudad ($n=1.164.630$) ocupando la primera 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 41,5%; en el rango entre 11 y 14 años se concentró el 32,9% y de 15 y 16 años el 17,1%, mientras que los niños y niñas de 5 años representaron el 8,4% (42).

De otro lado, para el 2022 el número de sedes que ofrecían educación oficial se distribuían en 34 colegios con operación en 68 sedes, de los cuales 28 eran distritales y funcionaban en 62 sedes y dos colegios se encontraban bajo la modalidad de administración contratada y cuatro colegios privados con matrícula contratada. Entre 2018 y el 2022, la tasa de cobertura bruta de la localidad presentó una tendencia decreciente con una reducción de 15,2 p.p., siendo los años 2018 y 2019 los únicos en que el indicador es mayor al 100%, y solo es mayor al registrado por Bogotá (ver **Tabla 3**). Todos los niveles educativos registraron disminución en su tasa de cobertura (exceptuando la media), principalmente en básica primaria (24,1 p.p.) y preescolar (23,5 p.p.), asimismo, este último nivel no alcanzó el 100% en ninguno de los años del periodo (42) (ver **Tabla 3**).

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

Nivel Educativo	2018	2019	2020	2021	2022
Preescolar	95,8	88,5	76,5	67,7	72,3
Primaria	114,9	108,0	98,3	91,8	90,8
Secundaria	109,3	109,8	103,0	100,2	97,1
Media	99,4	97,9	99,9	105,6	102,9
Suba	108,6	105,1	98,3	94,9	93,4
Bogotá	107,6	106,1	103	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. (37).

De acuerdo con la EM del 2021, la cobertura de servicios públicos de la zona urbana de la localidad de Suba fue del 100% para acueducto, recolección de basuras 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 al alcantarillado y gas natural la cobertura fue de 99,3% y 96,0% respectivamente (16) (ver **Anexo 5**).

Por otro lado, la zona rural presenta una situación diferente. La energía eléctrica tuvo una cobertura de 99,2%, pero otros servicios como la recolección de basuras (92,6%) y el acueducto (85,3%), señalan que, aunque hay acceso, aún existen deficiencias importantes

comparadas con el área urbana. Los servicios de gas natural (63,5%) y alcantarillado (45,1%) presentaron las coberturas más bajas, lo que refleja limitaciones en infraestructura y el acceso para los residentes de estas áreas (16) (ver **Anexo 5**).

De tal forma, aunque a lo largo de las últimas cuatro décadas se ha observado un aumento en las coberturas rurales, estas continúan siendo insuficientes en comparación con las urbanas, mostrando una discrepancia superior a los 20 puntos porcentuales. Este fenómeno se ve exacerbado por las notables variaciones que existen entre diferentes regiones, departamentos e incluso dentro de los mismos municipios. Tal situación puede atribuirse, entre otros factores, al proceso de urbanización en curso, que ha llevado a una concentración de recursos en las áreas urbanas para atender las crecientes demandas de sus sistemas (43).

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. (37).

De acuerdo con información del sistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas -VESPA- para el 2024 en la localidad de Suba se notificaron 975 casos que corresponden al 8,6% de los casos del Distrito (n=11.296). En cuanto a las condiciones demográficas de la población predominó el sexo masculino con el 71,0% (n=692), las edades más frecuentes estuvieron entre 27 a 44 años con el 38,7% (n=377); en cuanto el nivel educativo el 19,0% (n=185) tenía secundaria incompleta y el 37,4% (n=365) secundaria completa (44).

Por otra parte, las sustancias con mayor proporción de consumidores fueron el tabaco, la marihuana y el alcohol con un reporte de consumo de 48,4%, 48,1% y 43,6% respectivamente. Las UPZ donde se presentó mayor consumo abusivo de sustancias psicoactivas fueron Tibabuyes, El Rincón y Suba, las cuales aportaron el 68,6% de los casos (44).

Teniendo en cuenta el documento de Estudios Distritales de Consumo de Sustancias Psicoactivas para el 2022, Suba presentó una prevalencia de consumo actual de alcohol del 39,6%, en cuanto a la prevalencia de consumo actual de tabaco fue del 11,1%, y la prevalencia de consumo actual de cualquier droga ilícita fue del 4,3%, evidenciándose que el consumo actual de alcohol para la localidad fue superior a la prevalencia calculada en el Distrito que se encontraba en 39,0% (45) (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. Esta forma de violencia no afecta únicamente a las mujeres, sino también a otros miembros del hogar, como niñas, niños, personas mayores y otras personas en situación de vulnerabilidad dentro del núcleo familiar. De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual -SIVIM- para la localidad de Suba en 2023 se reportaron un total de 5.574 casos de violencia (tasa de 430,6 víctimas por cada 100.000 habitantes) mostrando un incremento de casos del 8,1% respecto al 2019 en el cual se notificaron 3.013 casos (tasa de 252,6 víctimas por cada 100.000 habitantes) (46) (ver **Anexo 5**).

Teniendo en cuenta el sexo de la víctima, el 69,5% (n=3.874) de las notificaciones correspondían a mujeres que cursaban principalmente la adolescencia y la adultez, mientras que los hombres el mayor número de casos se presentaron en la infancia y la 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 (46).

Cohesión social

Es un término sobre el que no existe un consenso 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 (37).

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 20 personas que participaron de espacios o instancias de participación social en salud (47).

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. (37).

Para la localidad de Suba 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 76,0% de los menores fueron alimentados exclusivamente con leche materna, mostrando un incremento del 73,9% con respecto a 2019 (43,7%), no obstante, para el 2023 el indicador se encontraba por debajo de la proporción distrital (82,6%) (48) (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 16,7%, evidenciando un indicador superior en un 1,2% con respecto a Bogotá (16,5%). Es de resaltar que el BPN presenta tendencia al aumento desde el 2021, con incremento del 7,1% en 2024 con respecto al año anterior (49) (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 31,1% en 2013 a 45,9% en 2023 (50), 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 incremento en la prevalencia de desnutrición global y de retraso en talla en los últimos 3 años. Para el 2023, la prevalencia de desnutrición global fue de 6,2% y la prevalencia de retraso en talla se registró en 13,1%, 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 2,4% en 2020 a 2,0% en 2023, mientras el exceso de peso se mantuvo en 3,1% durante el 2022 y 2023 (51).

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 3,1% encontrándose por encima del indicador distrital (2,8%) (52).

En relación con la actividad física, en Suba se reportó que el 43,2 % de la población no realiza ejercicio, el 10 % lo hace una vez a la semana, el 20,7 % entre una y dos veces por semana, y el 26,1 % más de tres veces por semana (53).

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 (54). 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 (55). 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 (56).

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 (55).

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 (55). 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 (55).

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 ha luchado por la autoafirmación y la aceptación social (55).

La construcción y reconfiguración del cuerpo es un proceso fundamental en la vida de las mujeres trans. Sin embargo, el acceso a servicios de salud especializados y seguros es limitado. En múltiples ocasiones, las mujeres trans recurren a la automedicación hormonal debido a la falta de acceso a servicios formales, lo que puede generar riesgos para su salud. Además, el miedo a las cirugías y la estigmatización social dificultan que muchas mujeres trans busquen atención médica adecuada. A pesar de estos desafíos, la transformación corporal es un aspecto crucial en su proceso identitario (55).

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 (57).

Por último, se debe resaltar que, a partir de un ejercicio de cartografía social en Suba, se ha evidenciado como un territorio con una dinámica social compleja y poco explorada para las personas LGBTIQ+. Si bien es percibido como un espacio poco habitado, es fundamental reconocer la diversidad de sus habitantes y la necesidad de generar espacios de participación que permitan visibilizar sus necesidades y potencialidades (58).

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 (56).

De acuerdo con la información del SIVIM para el 2023 en Suba se notificaron 3.874 casos de violencia contra la mujer (tasa de 566,6 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 27,4% (780,3 víctimas por cada 100.000 mujeres) (46) (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 (59).

Para el 2023, el mayor número de casos de violencia hacia la mujer se presentaron en la vivienda (81,9%) y relacionaron a la pareja como el principal agresor (20,2%), seguido de la madre (16,7%). Por MCV las mujeres cursaban principalmente la adolescencia (27,2%) y la adultez (23,1%), según el nivel educativo de las víctimas, la mayoría tenía secundaria incompleta (30,6%) y secundaria completa (18,4%). Según el lugar de procedencia el 4,5% (n=173) de los casos de violencia notificados eran de mujeres extranjeras de procedencia venezolana. La violencia se presentó más frecuentemente en el estrato 2 y 3, en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba (46) (ver **¡Error! La autoreferencia al marcador no es válida.**).

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 mayor notificación de estos casos se registra en Usaquén (27,5%) y Suba (27,2%), seguidas por Chapinero (12,9%), Engativá (11,7%), Teusaquillo (10,5%) y Barrios Unidos (10,2%) (59).

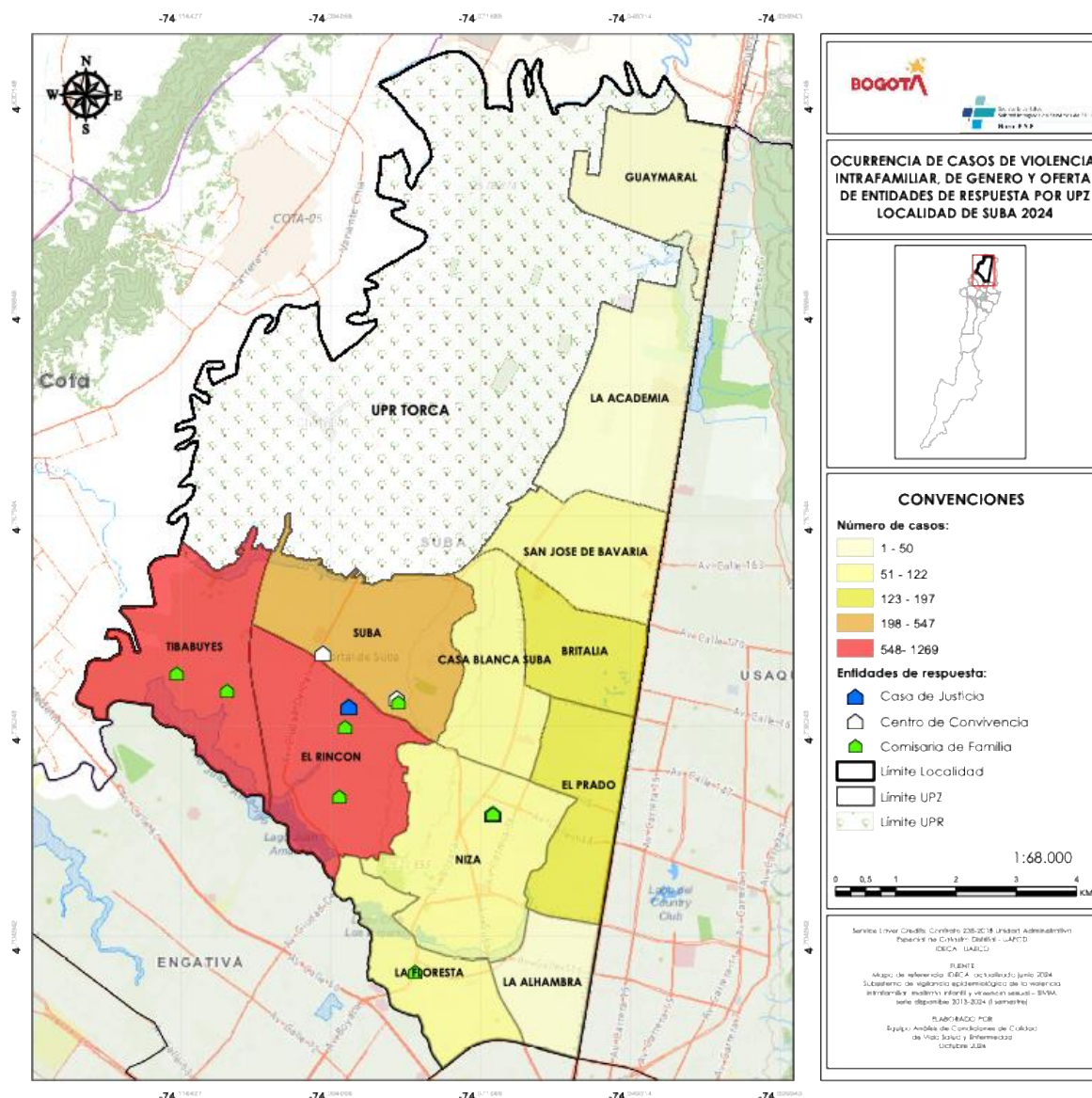
Al desagregar por tipo de violencia y localidad, se observa que la violencia emocional y la negligencia tuvieron su mayor notificación en Suba y Usaquén durante los años 2018 y 2019. En contraste, la violencia física y sexual muestran un aumento sostenido entre 2018 y 2022, siendo este último año el de mayor número de casos. En particular, Usaquén y Suba concentran los reportes más altos. Es relevante señalar que en 2020 hubo una disminución en la notificación de todos los tipos de violencia (59).

Las principales instituciones de salud que reportaron estos casos incluyen el Hospital Centro de Servicios Especializados - CES de Suba, el Hospital Simón Bolívar, la Clínica Infantil Colsubsidio, la Fundación Cardio Infantil, la Clínica Los Nogales y la Clínica Universitaria Colombia (59). 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 (59).

La alta ocurrencia de casos en estas UPZ, además de estar relacionada con su densidad poblacional, podría asociarse a factores socioeconómicos. Estas áreas presentan una mayor proporción de personas en situación de vulnerabilidad, lo que podría desencadenar mayores niveles de estrés, conflictos familiares y acceso limitado a recursos para gestionar tensiones en el hogar. Para responder a esta problemática, se dispone de seis comisarías de familia distribuidas en las UPZ Tibabuyes, El Rincón, Suba y Niza; dos centros de convivencia localizados en Suba y una casa de la justicia establecida en El Rincón.

Mapa 6. Ocurrencia de casos de violencia intrafamiliar de género y oferta de identidades de respuesta por UPZ, Localidad de Suba 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.

2.3 Eje territorial

Históricamente el territorio se ha considerado como una unidad político-administrativa en la que las instituciones del Estado despliegan las políticas y la gestión pública, lo que incluye el primer nivel de atención de salud en una zona geográfica específica (60). A partir del ejercicio de Comprensión Territorial (34) de la localidad se encontró que en la localidad de Suba se pueden identificar tres territorios de cuidado de la salud:

Por una parte, el área de influencia abarca las UPZ 27 Suba, 28 El Rincón y 71 Tibabuyes, lindando al norte con el Humedal de la Conejera y la UPR de Suba, al sur con Engativá, al occidente con el Río Bogotá y al oriente con las UPZ 23 Casa Blanca, 24 Niza y 25 La Floresta. Esta zona presenta conflictos ambientales derivados de la inadecuada gestión de residuos en

áreas protegidas (Río Bogotá, Humedal Juan Amarillo, Quebrada La Salitrosa) y sus alrededores, donde se han establecido asentamientos informales. El Humedal Juan Amarillo, en particular, ha sufrido un grave deterioro ambiental, siendo víctima de procesos de ecocidio que han llevado a la pérdida de este ecosistema (61).

En contraste, se encuentra el sector occidental de Suba, marcado por conflictos ambientales, el oriente de la localidad, conformado por las UPZ Guaymaral (3), La Academia (2), San José de Bavaria (17), Britalia (18), Casa Blanca (23), El Prado (19), Niza (24), La Floresta (25) y La Alhambra (20), es un dinámico centro de comercio y oportunidades. Sin embargo, este crecimiento económico se ve ensombrecido por un problema generalizado de inseguridad, especialmente evidente en las estaciones de Transmilenio, donde las aglomeraciones y las deficiencias infraestructurales facilitan la comisión de delitos como el hurto (61).

La UPR de Suba, tiene un 22,0% de áreas protegidas pertenecientes a la EEP de la localidad, experimenta una tensión entre la visión productivista y la conservación ambiental. El asentamiento rural de Chorrillos, en este contexto, ha visto alterados sus dinámicas por un proceso de planificación débil y una heterogeneidad de usos del suelo. La falta de articulación entre los instrumentos de planificación, sumada a la expansión urbana, ha generado conflictos por el uso del suelo y el espacio público, impactando la salud mental de los habitantes y aumentando el riesgo de accidentes (61).

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 (37). 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.

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 (62). En Suba las cifras de población asegurada con corte diciembre de 2023 permiten identificar que la cobertura de afiliación fue del 97,9% (n= 1.266.942), según el régimen de afiliación el 87,7% se encuentra afiliado a régimen contributivo, el 9,7% a régimen subsidiado y el 2,6% a régimen de excepción (63) (ver **Anexo 5**).

Cobertura de vacunación

De acuerdo con las coberturas derivadas de la meta anual establecida por el MSPS para la localidad de Suba 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 86,0%, excepto en 2020 (65,0%), 2021 (66,1%) y 2022 (71,5%). En el 2016 se alcanzó la cobertura más alta con el 100,4%. En el 2023 las coberturas mostraron un aumento del 21,1% en comparación con el año anterior alcanzado el 86,6% y para el 2024, la cobertura de este biológico fue del 84,1% (64) (ver **Anexo 5**).

Vacunación triple viral en niños de 1 año (primera dosis): las coberturas se mantuvieron por encima del 86,0% entre 2013 y 2023 excepto en 2021 (76,0%) y 2022 (70,1%). En el 2016 se alcanzaron las coberturas más altas con el 109,7%. En 2023, las coberturas aumentaron un 28,4% respecto al año anterior alcanzado el 90,0% y para el 2024, la cobertura para este biológico fue del 81,7% (64) (ver **Anexo 5**).

Vacuna triple viral (refuerzo en niños de 5 años): entre 2015 y 2022, las coberturas se mantuvieron por encima del 82,0%, con el pico más alto en 2016 (105,0%). 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 del 81,3% (Distrito 81,7%) (64) (ver **Anexo 5**).

Indicadores oferta de servicios de salud

Respecto a los indicadores de oferta de servicios de salud en Suba para el 2023, el 91,1% 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 100%, 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 (65) (ver **Anexo 5**).

Cabe mencionar que, frente a la oferta de servicios especializados de tercer nivel, la localidad cuenta con: Administradora Clínica la Colina S.A.S., Clínica Juan N. Corpas LTDA, Clínica Medicentro Familiar sede Suba, Fundación Abood Shaio y Laboratorio Central de Referencia. Adicionalmente se cuenta con entidades reconocidas por el manejo de especialidades como La Unidad Médica Hospitalaria Especializada en Salud -UMHES- Fray Bartolomé de las Casas, de segundo nivel y especialista en salud mental y psiquiatría infantil y el Hospital Suba Centro de Servicio Especializado, reconocido por la atención materno infantil (66).

2.4 Eje poblacional

Para culminar este capítulo es importante 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 Habitación en Calle – PSHC

De acuerdo con el VIII Censo de Ciudadanos Habitantes de Calle de Bogotá 2024, de las 450 personas entrevistadas en Suba, el 52,4% 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 porcentaje del 38,0% y 30,0%, respectivamente. Esta última condición es

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.

⁹ Aunque en la localidad de Suba hay presencia de población víctimas de conflicto armado y 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.

también la razón por la cual el 46,7% continúan viviendo en calle. En cuanto a redes de apoyo, el 85,3% de las personas entrevistadas manifestó no recibir ayuda de familiares y solo el 5,3% refirió tener algún tipo de ayuda de instituciones oficiales. Además, el 4,4% manifestó contar con apoyo psicosocial, el 3,6% con apoyo para rehabilitación en consumo de SPA y el 4,4% como ayuda en servicios médicos (21).

Respecto al estado de salud, el 14,4% de las personas entrevistadas manifestó haber presentado algún problema de salud en los últimos 30 días. No se identificaron casos de intento de suicidio. Una persona (0,2%) manifestó haber sido diagnosticada con tuberculosis y confirmó que recibió tratamiento. Asimismo, dos personas (0,4%) refirieron tener diagnóstico de VIH/SIDA, una de ellas con tratamiento. Por otra parte, las/os entrevistados manifestaron que las sustancias de consumo más frecuente son el basuco (53,1%), el cigarrillo (10,7%) y la marihuana (6,9%) (21).

Igualmente, se identificó que el 43,1% de los entrevistados refirió que en la última semana pasó algún día completo sin comer, el 41,6% manifestó haber pedido en la calle los alimentos consumidos en la última semana, 40,0% los compró, mientras un 0,7% asistió a instituciones públicas para acceder a los alimentos. En cuanto a fuentes de ingreso, el 52,7% recogió material de reciclaje, seguido de un 18,2% que consiguió dinero “pidiendo o mendigando” y un 13,1% limpiando vidrios, cuidando carros, tocando llantas, u otras actividades similares; cabe resaltar que, cinco personas manifestaron que consiguieron dinero robando y cuatro lo hicieron como “campanero, taquillero, vendiendo o transportando sustancias psicoactivas” (21).

Finalmente, en cuanto a habilidades individuales relacionadas con la condición física y mental de las personas entrevistadas, el 91,8% refirió que puede aprender, recordar y tomar decisiones por sí mismo y sin ningún tipo de ayuda. En contraste, el 2,0% señaló que no puede realizar estas acciones, mientras que el porcentaje restante cuenta con algún grado de dificultad para hacerlo. Adicionalmente, el 93,3% refirió que puede relacionarse o interactuar con otras personas sin dificultad, el 3,6% lo puede hacer con algo de dificultad y el 1,8% manifestó no poder hacerlo (21).

Población Migrante

En Bogotá, las condiciones de vida de la población migrante evidencian importantes brechas respecto a la población nacional, con implicaciones específicas para la localidad de Suba. Entre 2017 y 2021, aumentó el arriendo y el hacinamiento en hogares migrantes, y su acceso a vivienda propia sigue siendo menor. A nivel de salud, preocupa que el 61% de migrantes, incluidas gestantes y menores, no están afiliados al sistema, situación asociada a la falta de documentos. En educación y empleo, se registra una baja proporción de profesionales migrantes y un incremento del trabajo independiente, en contraste con la población nacional. La pobreza monetaria afecta al 60,8% de la población migrante y la pobreza extrema al 22,4%, con Suba identificada como una de las localidades con mayores niveles de esta última. Se destaca la importancia de estrategias como el Registro RUPI y el Ingreso Mínimo Garantizado -IMG-, recomendando su implementación y ampliación en zonas como Suba. En cuanto a pobreza multidimensional, aunque ha disminuido, el trabajo informal ha aumentado entre migrantes. Finalmente, el 49,1% de hogares migrantes enfrentan inseguridad alimentaria, siendo más crítica en hogares con menores de cinco años. En Suba, se recomienda fortalecer la oferta de servicios sociales, comedores comunitarios y estrategias de inclusión social para reducir estas brechas (67).

En este contexto, el asentamiento de población migrante joven-adulta en la localidad de Suba principalmente proveniente de Venezuela, ha estado motivado por la búsqueda de mejores oportunidades educativas, laborales y de vivienda digna con acceso a servicios básicos, lo que en varios casos ha contribuido a mejorar sus condiciones de vida y su inserción en la economía local. No obstante, persisten barreras estructurales que afectan su integración plena, particularmente en el acceso a servicios de salud, donde influyen la falta de regularización migratoria, el desconocimiento de rutas institucionales, la discriminación y una débil articulación entre actores locales. Si bien, el Estado colombiano ha avanzado en la formulación de políticas migratorias a nivel nacional como el CONPES 3603 y los mecanismos de regularización como el Permiso Especial de Permanencia -PEP- y el Permiso por Protección Temporal -PPT-, su implementación efectiva a nivel territorial sigue siendo limitada. En Suba, por ejemplo, se ha identificado desconocimiento por parte de algunos funcionarios sobre los programas distritales dirigidos a población migrante, lo cual debilita la capacidad institucional de respuesta. A esto se suma la falta de datos actualizados sobre las condiciones de vida de esta población, lo que impide una planeación adecuada. Resulta clave, por tanto, avanzar en la formulación de políticas públicas locales específicas, orientadas a garantizar el derecho a la salud, educación y vivienda, así como fortalecer la articulación interinstitucional y la generación de redes de atención con enfoque diferencial, que respondan a las dinámicas propias del territorio y a las particularidades de esta población en situación de vulnerabilidad (68).

Ruralidad Cercana

Chorrillos, ubicado en la localidad de Suba, se caracteriza por su vocación agrícola. A diferencia de otros territorios rurales de la Subred Norte, que se encuentran dentro de zonas de reserva forestal, Chorrillos cuenta con mayor libertad para desarrollar actividades productivas. Sin embargo, las grandes extensiones de tierra cultivables, en su mayoría arrendadas a empresas privadas, como Sagaro, han limitado el acceso de la comunidad local a los recursos agrícolas. A pesar de que algunos habitantes han trabajado en estas empresas, la vinculación entre la comunidad y la producción agrícola es limitada (69).

La población de Chorrillos presenta una mezcla de familias campesinas que tradicionalmente han habitado la zona y nuevos habitantes, por lo general urbanos, atraídos por la tranquilidad del lugar. A pesar de las limitaciones en términos de recursos económicos y el acceso restringido a tierras agrícolas de gran escala, la comunidad ha logrado garantizar el acceso a servicios básicos como agua potable y electricidad. En este contexto, las familias, en su mayoría de carácter extendido, mantienen fuertes vínculos comunitarios y practican la agricultura de subsistencia a pequeña escala, cultivando huertos familiares para autoconsumo. Esta combinación de tradiciones ancestrales y adaptación a las nuevas condiciones ha permitido a la comunidad de Chorrillos preservar su identidad y desarrollar estrategias propias para afrontar las dificultades del territorio. Sin embargo, el relativo aislamiento en el que se encuentra la zona no solo ha favorecido la permanencia de estas dinámicas comunitarias, sino que también ha limitado las oportunidades de movilidad social y acceso a recursos externos, manteniendo así una tensión entre preservación y restricción (69).

Cabe mencionar que la calidad de vida en Chorrillos se caracteriza por la tranquilidad y la posibilidad de autoconsumo, gracias a la fertilidad de la tierra y la dedicación de sus habitantes. No obstante, el acceso a otros servicios básicos como transporte y educación sigue siendo un desafío importante. Las vías en mal estado dificultan la movilidad de los

habitantes, tanto dentro como fuera del territorio, lo que restringe sus oportunidades laborales y educativas. Esta condición refuerza los lazos internos de la comunidad, pero al mismo tiempo profundiza el sentimiento de desconexión con la ciudad y obstaculiza el desarrollo integral de sus habitantes (69).

En este sentido, la distancia geográfica y la insuficiente infraestructura limitan el acceso a servicios de salud en comunidades periféricas como Chorrillos, donde las desigualdades entre la ruralidad y las áreas urbanas se hacen evidentes. Aunque los habitantes valoran la tranquilidad y la calidad de vida que ofrece el entorno rural, enfrentan importantes desafíos en materia de salud. La necesidad de desplazarse largas distancias para recibir atención médica en caso de emergencia no solo representa un riesgo para la salud, sino que también resalta la inequidad en el acceso a la atención y a los servicios preventivos, en comparación con las áreas más privilegiadas de la localidad (69).

La atención primaria en salud en las zonas rurales se ve afectada por múltiples variables, como la escasez personal capacitado y de medicamentos, al igual que las limitaciones para ofrecer servicios especializados. En comunidades como Chorrillos, los adultos mayores son especialmente vulnerables, al enfrentar barreras adicionales relacionadas con la edad y la falta de familiaridad con las tecnologías de la información. La falta de una atención integral y personalizada impide que estas personas puedan gestionar sus condiciones de salud de manera efectiva, acentuando aún más las desigualdades sociales y afectando negativamente su calidad de vida (69).

GRUPOS ÉTNICOS

Comunidades Indígenas

Para la localidad de Suba es importante mencionar que la comunidad Muisca está presentando un incremento en la tasa de suicidio con un 35,6%. Dentro de sus creencias este tipo de situaciones tiene que ver con desarmonías y desequilibrios que solo pueden manejarse desde ámbitos espirituales, sin embargo, este tipo de situaciones también tienen que ver por prácticas y hábitos que se desencadenan en la vida urbana, como lo es el consumo excesivo de alcohol, las ideas del amor romántico, entre otras necesidades culturales que se tienden a apropiarse en estos contextos (27).

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

El análisis de la información refleja importantes desafíos en la localidad de Suba, evidenciando profundas desigualdades socioeconómicas que afectan a diferentes grupos poblacionales. En particular, los indicadores de tasas de participación, ocupación y desempleo, junto con la alta informalidad laboral, ponen de manifiesto las brechas existentes, especialmente para mujeres, poblaciones diferenciales y de estratos más bajos.

Además, las desigualdades en el acceso a servicios públicos básicos presentan una diferenciación marcada entre el área urbana y la rural. Mientras que las zonas urbanas disfrutan de una cobertura más eficiente, territorios como Chorrillos enfrentan limitaciones en acueducto, alcantarillado y transporte, lo que dificulta su integración con el resto de la ciudad y restringe las oportunidades de desarrollo socioeconómico.

En términos de salud, se ha identificado un aumento en el consumo de sustancias psicoactivas y casos de violencia intrafamiliar, especialmente hacia mujeres, lo que refuerza la necesidad de implementar estrategias de intervención que aborden tanto los factores estructurales como los determinantes intermedios de la desigualdad.

Para comprender mejor las inequidades que afectan a Suba, es fundamental considerar los determinantes intermedios que impactan en la calidad de vida de sus habitantes. Factores como la precarización del empleo, la segregación territorial y las barreras en el acceso a educación y salud generan efectos diferenciados en distintos grupos poblacionales.

Por ejemplo, las mujeres enfrentan mayores dificultades en el acceso al empleo formal debido a la sobrecarga de responsabilidades de cuidado, lo que las lleva a vincularse en trabajos informales y con bajos ingresos. De igual forma, la población afrocolombiana y Rrom, presente en la localidad, experimenta mayores obstáculos en el acceso a servicios básicos y oportunidades económicas, debido a barreras históricas y estructurales que perpetúan la exclusión social.

Asimismo, en el ámbito educativo, se observa una reducción en la cobertura de preescolar y primaria, lo que limita las oportunidades de desarrollo temprano de niños y niñas en contextos de mayor vulnerabilidad. En este sentido, el acceso desigual a la educación y la deficiente infraestructura en zonas rurales como Chorrillos, donde las condiciones de movilidad son adversas, contribuyen a la perpetuación de las brechas socioeconómicas.

Estas desigualdades, tanto estructurales como intermedias, se reflejan directamente en la forma en que las distintas poblaciones acceden a la oferta institucional. Mientras hogares ubicados en zonas urbanas consolidadas como Niza, La Alhambra o La Floresta, con mayor nivel educativo y afiliación al régimen contributivo, suelen tener mayor cercanía geográfica, información y capacidad para aprovechar los servicios sociales, de salud y educativos, otros grupos como las mujeres cuidadoras con sobrecarga no remunerada, la población afrocolombiana y Rrom, las personas migrantes en situación irregular y quienes residen en territorios rurales como Chorrillos enfrentan múltiples barreras que limitan su acceso y uso efectivo. La heterogeneidad territorial, la cobertura institucional no siempre suficiente y una articulación afectada por restricciones presupuestales y operativas limitan la capacidad de la oferta para adaptarse efectivamente a las realidades y necesidades específicas de estos grupos. Estas dinámicas reflejan no solo desafíos operativos, sino restricciones estructurales que obstaculizan una respuesta adecuada.

Ante este panorama, se requieren políticas públicas que no solo atiendan las problemáticas de manera general, sino que incorporen enfoques diferenciales que permitan abordar las necesidades específicas de cada población. La formulación de estrategias con perspectiva de género, étnica y territorial resulta clave para garantizar una intervención efectiva y sostenible que reduzca las desigualdades y promueva un desarrollo equitativo en la localidad de Suba.

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

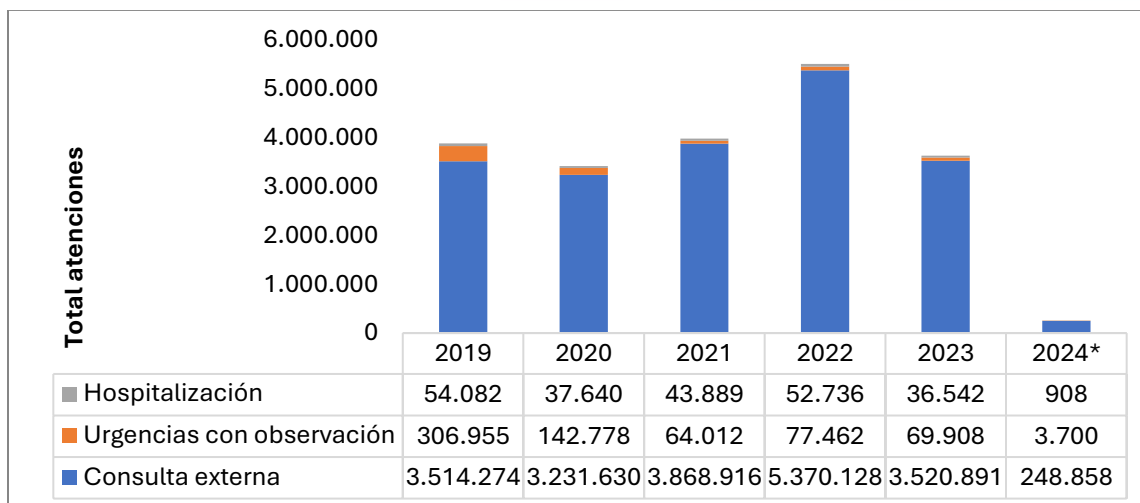
3.1 Morbilidad

Morbilidad general

Entre los años 2019 y 2024 (I semestre) se registraron 20.645.309 atenciones realizadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- ubicadas en la localidad de Suba, donde se evidencia un comportamiento variable para el periodo de análisis. Para el 2020 el número de atenciones presentaron reducción de 12,0% respecto al 2019, 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. En el 2022, las IPS de Suba registraron la mayor proporción de las atenciones con el 26,6% (n= 5.500.326) (70) (ver **Gráfica 2**), reflejando la reactivación de los servicios de salud después de la pandemia de COVID-19. De acuerdo con información de la SDS, en el año 2022 se registró un aumento de las atenciones relacionadas con otros motivos de consultas, destacando las actividades de detección temprana de alteraciones como las relacionadas con exámenes generales en personas sin enfermedad actual, tamizajes o valoraciones de interés para las rutas de promoción y mantenimiento (71).

En cuanto al tipo de servicio, la consulta representó el 95,7% (n= 19.754.697) de las atenciones, seguido por urgencias con observación con el 3,2% (n= 664.815) y hospitalización con el 1,1% (n= 225.797). Con relación a estos dos últimos servicios, en 2019 se registró la mayor proporción de atenciones por urgencias con observación con el 7,2% (n= 306.955) y por hospitalización con el 1,4% (n= 54.082) (70) (ver **Gráfica 2**).

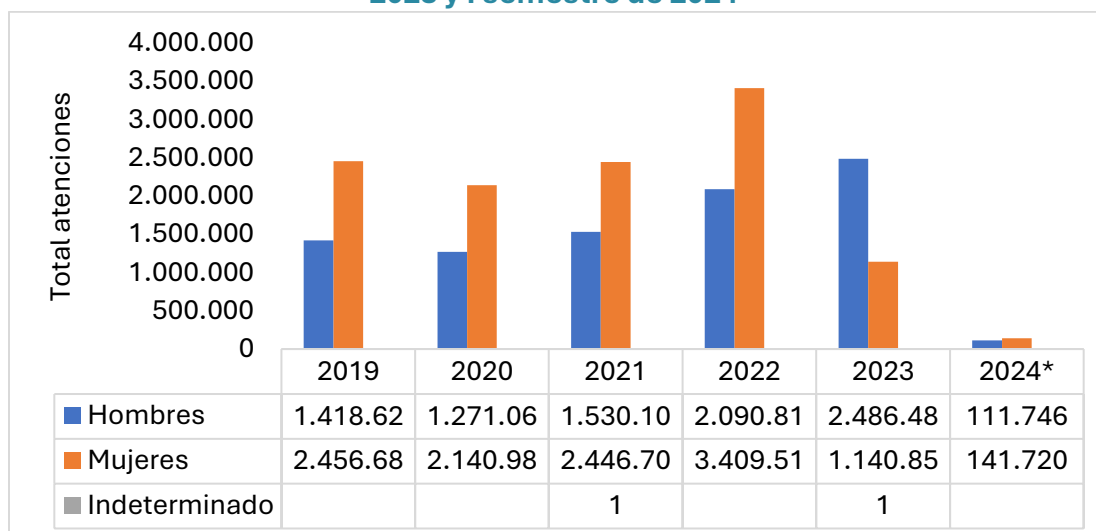
Gráfica 2. Número de atenciones por servicio, localidad Suba, 2019 -2023 y I semestre de 2024*



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 56,9% (n= 11.736.463) se realizaron a mujeres, siendo la población predominante para cada año, excepto, para el 2023 puesto que los hombres para este año tuvieron una mayor proporción de atenciones con el 68,5% (n=2.486.484) presentando un incremento de 18,9% respecto al 2022 (n= 2.090.815) (70) (ver **Gráfica 3**).

Gráfica 3. Número de atenciones prestadas según sexo, localidad Suba, 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 25 a 29 años con el 7,9% (n= 1.625.633), seguido del grupo de edad entre 80 años y más con el 7,6% (n= 1.572.807), mientras que los grupos de edad con la menor proporción de atenciones se encontraban entre 5 a 14 años con el 6,3% (n= 1.299.879) (70).

De acuerdo con el grupo de edad quinquenal y servicio consultado 2019 y 2023, se observa de manera general que todos los grupos de edad presentaron el mayor número de atenciones en el 2022, excepto el grupo entre 20 a 24 que las registró en el 2021, no obstante, al discriminar por servicio, se evidencia que para el 2022 la consulta presentó el mayor número de atenciones en grupos de edad entre 0 a 19 años y entre 24 a 80 años y más, asimismo, en el 2019 se registró el mayor número de atenciones por el servicio de urgencias con observación en todos los grupos de edad. En cuanto al servicio de hospitalización en el 2019, los grupos de edad con más atenciones se encontraban en edades entre 10 a 39 años, mientras que en 2022 cursaban edades entre 0 a 9 años y entre 55 a 80 años y más (70) (ver **Tabla 4**).

Tabla 4. Número de atenciones prestadas según tipo de servicio y edad por quinquenios, localidad Suba, 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	158.122	141.147	173.637	193.453	135.795	6.133	
	Hospitalización	6.513	2.202	3.703	6.643	4.462	116	
	Urgencias con observación	32.663	10.976	5.264	8.356	6.658	276	
	Total	197.298	154.325	182.604	208.452	146.915	6.525	
5 a 9	Consulta	133.220	92.171	124.443	161.737	119.299	5.516	
	Hospitalización	3.803	967	1.502	4.134	2.856	52	
	Urgencias con observación	19.742	5.589	2.270	5.000	4.840	136	
	Total	156.765	98.727	128.215	170.871	126.995	5.704	
10 a 14	Consulta	116.136	87.342	114.632	145.190	104.324	8.283	
	Hospitalización	2.758	953	1.365	2.551	1.867	49	
	Urgencias con observación	13.971	4.507	1.887	3.290	3.357	140	
	Total	132.865	92.802	117.884	151.031	109.548	8.472	
15 a 19	Consulta	154.432	134.543	192.609	204.326	149.513	17.599	
	Hospitalización	2.798	1.618	2.301	2.615	1.604	89	
	Urgencias con observación	15.508	6.670	3.631	3.849	3.514	313	
	Total	172.738	142.831	198.541	210.790	154.631	18.001	
20 a 24	Consulta	255.310	238.108	345.710	335.824	238.204	27.873	
	Hospitalización	3.646	2.971	3.404	3.235	2.202	132	
	Urgencias con observación	34.523	15.942	6.679	6.721	6.210	590	
	Total	293.479	257.021	355.793	345.780	246.616	28.595	
25 a 29	Consulta	275.478	255.984	327.180	388.893	257.791	30.354	
	Hospitalización	4.046	3.103	3.667	3.629	2.508	99	
	Urgencias con observación	36.306	16.599	6.568	6.796	6.172	460	
	Total	315.830	275.686	337.415	399.318	266.471	30.913	
30 a 34	Consulta	218.302	201.766	264.115	322.675	225.227	27.282	
	Hospitalización	4.306	3.297	3.903	3.857	2.727	70	
	Urgencias con observación	29.345	13.747	5.591	6.013	5.667	330	
	Total	251.953	218.810	273.609	332.545	233.621	27.682	
35 a 39	Consulta	190.014	172.055	224.633	250.067	181.275	22.458	
	Hospitalización	4.377	3.213	3.513	3.628	2.485	65	
	Urgencias con observación	23.654	11.258	4.780	5.263	4.768	279	
	Total	218.045	186.526	232.926	258.958	188.528	22.802	
40 a 44	Consulta	173.997	160.606	220.210	238.857	177.523	20.959	
	Hospitalización	3.515	2.610	3.198	3.547	2.196	48	
	Urgencias con observación	18.696	9.117	4.127	4.763	4.484	226	
	Total	196.208	172.333	227.535	247.167	184.203	21.233	
45 a 49	Consulta	191.828	175.001	227.644	253.501	183.555	17.300	
	Hospitalización	2.807	2.378	2.697	2.815	1.833	29	
	Urgencias con observación	15.104	7.892	3.397	3.896	3.743	171	
	Total	209.739	185.271	233.738	260.212	189.131	17.500	
50 a 54	Consulta	234.104	211.963	257.720	321.328	215.770	15.018	
	Hospitalización	2.625	2.175	2.595	2.537	1.818	40	
	Urgencias con observación	15.089	8.035	3.638	3.792	3.525	174	
	Total	251.818	222.173	263.953	327.657	221.113	15.232	
55 a 59	Consulta	259.276	237.027	275.496	391.914	255.327	14.022	
	Hospitalización	2.794	2.609	2.829	2.842	1.979	27	
	Urgencias con observación	14.248	8.189	3.704	4.073	3.853	171	
	Total	276.318	247.825	282.029	398.829	261.159	14.220	
60 a 64	Consulta	260.426	244.993	270.280	432.918	273.843	12.343	
	Hospitalización	2.339	2.138	2.335	2.470	1.806	25	
	Urgencias con observación	10.582	6.425	3.223	3.518	3.204	146	
	Total	273.347	253.556	275.838	438.906	278.853	12.514	
65 a 69	Consulta	250.151	233.058	245.891	446.441	272.375	9.052	
	Hospitalización	1.984	1.702	1.847	2.113	1.620	17	
	Urgencias con observación	8.056	4.742	2.430	3.031	2.575	105	
	Total	260.191	239.502	250.168	451.585	276.570	9.174	
70 a 74	Consulta	217.782	210.084	209.487	422.310	245.481	6.552	
	Hospitalización	1.678	1.596	1.402	1.812	1.332	14	
	Urgencias con observación	6.044	4.023	1.964	2.686	2.264	72	
	Total	225.504	215.703	212.853	426.808	249.077	6.638	
75 a 79	Consulta	176.212	170.565	164.556	357.243	203.081	4.114	
	Hospitalización	1.402	1.495	1.264	1.534	1.081	18	
	Urgencias con observación	4.915	3.362	1.725	2.265	1.777	58	
	Total	182.529	175.422	167.545	361.042	205.939	4.190	
80 años y más	Consulta	249.484	265.217	230.673	503.451	282.508	4.000	
	Hospitalización	2.691	2.613	2.364	2.774	2.166	18	
	Urgencias con observación	8.509	5.705	3.134	4.150	3.297	53	
	Total	260.684	273.535	236.171	510.375	287.971	4.071	

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 la acomodación y de la refracción, seguidas por la obesidad y las enfermedades hipertensivas. 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 inferiores. 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=83.136) (70) (ver **Tabla 5**).

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

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	47.683	43,3	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	35.453	25,5
Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	23.917	21,7	Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	30.148	21,7
Trastornos de los músculos oculares del movimiento binocular de la acomodación y de la refracción	4.779	4,3	Trastornos de los músculos oculares del movimiento binocular de la acomodación y de la refracción	6.984	5,0
Síntomas y signos generales	3.186	2,9	Síntomas y signos generales	5.658	4,1
Enfermedades hipertensivas	2.407	2,2	Enfermedades hipertensivas	4.421	3,2
Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	1.394	1,3	Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	4.315	3,1
Otras dorsopatías	1.314	1,2	Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción	2.693	1,9
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1.274	1,2	Otras dorsopatías	2.280	1,6
Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	1.107	1,0	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	2.077	1,5
Otros trastornos articulares	1.038	0,9	Trastornos de la glándula tiroides	2.071	1,5
Otros diagnósticos	21.903	19,9	Otros diagnósticos	42.756	30,8
Total	110.002	100,0	Total	138.856	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 en el servicio de urgencias con observación se relacionó con enfermedades infecciosas intestinales con el 7,6% (principalmente en los grupos de edad de 0 a 4 años y de 10 a 24 años), seguida de traumatismos en la cabeza (principalmente en los grupos de edad 20 a 34 años). En menores de cinco años el diagnóstico más frecuente fue otras Infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (70) (ver **Tabla 6**).

En el caso de las atenciones en mujeres, para el periodo analizado la causa de atención más frecuente se relacionó con las enfermedades de la cavidad bucal con el 8,8% (principalmente en los grupos de edad de 45 a 64 años), mientras que en los menores de cinco años el principal diagnóstico se asoció a otras Infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (70) (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=306), seguida de contacto con los servicios de salud (n=293) (70) (ver **Tabla 6**).

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

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	115	8,2	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	253	11,0
Enfermedades infecciosas intestinales	106	7,6	Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	203	8,8
Traumatismos de la cabeza	102	7,3	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	178	7,7
Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	100	7,1	Síntomas y signos que involucran el conocimiento la percepción el estado emocional y la conducta	137	6,0
Traumatismos de la muñeca y de la mano	87	6,2	Enfermedades infecciosas intestinales	110	4,8
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	81	5,8	Embarazo terminado en aborto	108	4,7
Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	53	3,8	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	108	4,7
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	49	3,5	Otras enfermedades del sistema urinario	93	4,0

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Litiasis urinaria	42	3,0	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	87	3,8
Traumatismos del tórax	35	2,5	Síntomas y signos generales	66	2,9
Otros diagnósticos	633	45,1	Otros diagnósticos	954	41,5
Total	1.403	100,0	Total	2.297	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 las enfermedades infecciosas intestinales con el 10,6%, seguida de otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores con el 8,5% (principalmente en menores de cinco años) (70) (ver **Tabla 7**).

En el caso de las mujeres, para el periodo analizado la principal causa de atención por este servicio fue la atención del parto con el 17,6% (principalmente en los grupos de 15 a 29 años), seguido de embarazo terminado en aborto con el 10,1% y enfermedades infecciosas intestinales con el 7,1% (principalmente en menores de 5 años) (70) (ver **Tabla 7**).

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

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Enfermedades infecciosas intestinales	36	10,6	Parto	100	17,6
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	29	8,5	Embarazo terminado en aborto	57	10,1
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	23	6,7	Enfermedades infecciosas intestinales	40	7,1
Influenza [gripe] y neumonía	13	3,8	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	32	5,6
Traumatismos de la muñeca y de la mano	12	3,5	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	25	4,4
Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	11	3,2	Otras enfermedades del sistema urinario	23	4,1

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Traumatismos de la cabeza	10	2,9	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	23	4,1
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	10	2,9	Influenza [gripe] y neumonía	18	3,2
Síntomas y signos generales	10	2,9	Trastornos episódicos y paroxísticos	12	2,1
Traumatismos del tórax	9	2,6	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	11	1,9
Otros diagnósticos	178	52,2	Otros diagnósticos	226	39,9
Total	341	100,0	Total	567	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 Suba presentaron valores estadísticamente significativos más bajos en comparación con los registrados en Bogotá. Durante 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 y metanos, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas, la violencia de género e intrafamiliar y el cáncer de mama y cérvix. Además, en 2023 la notificación de hepatitis A fue 5,5 veces mayor en comparación con 2022 (72) (ver **Tabla 8**).

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

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)	Suba 2024 (I sem)	Comportamiento					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024 (I sem)
Accidentes biológicos								
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	21.163	1.957	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Intoxicaciones								
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	3.977	749	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Violencia								
Vigilancia en salud pública de la violencia de genero e intrafamiliar	45.998	5.710	↗	↘	↗	↗	↗	↗
Cáncer								
Cáncer (mama, cérvix)	3.312	563	↗	↗	↗	↗	↗	↘
Cáncer infantil (menores 18 años)	235	30	↗	-	↘	↗	↘	↘
Congénitas								
Enfermedades huérfanas - raras	2.453	313	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Materno perinatal								
Morbilidad materna extrema	3.788	571	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	514	67	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Nutrición								
Desnutrición aguda en menores de 5 años	2.606	370	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años (IRA, EDA, Desnutrición)	15	4	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Inmunoprevenibles								
Evento adverso seguido a la vacunación	4	0	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Meningitis	102	8	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Parotiditis	1.110	221	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Tosferina	4	2	↗	↘	-	-	↗	-
Varicela	3.632	595	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Materno perinatal								
Sífilis gestacional	712	83	↗	↗	↘	↗	↗	↘

Eventos	Bogotá 2024 (I sem)	Suba 2024 (I sem)	Comportamiento					2024 (I sem)
			2019	2020	2021	2022	2023	
Sífilis congénita	95	18	↗	↘	↘	↘	↗	↗
Transmisión aérea y contacto directo								
Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela)	2.224	292	↗	↘	↗	↗	↗	↗
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	14	3	↗	↗	↘	↗	↘	↗
Lepra	13	3	↗	↘	↘	-	↗	↗
Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	795	88	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Tuberculosis farmacorresistente	24	2	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Transmisión sexual y sanguínea								
Hepatitis distintas a A	552	86	↗	↘	↘	↗	↗	↗
VIH/SIDA	3.118	422	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Trasmitida por alimentos/suelo/agua								
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	0	0	↗	↘	-	↘	-	-
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	1	-	-	-	-	-	↗
Hepatitis A	116	14	↗	↘	↘	↗	↗	↘
ETA (brotes)	12	2	↗	↘	-	↘	↗	↘

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

3.2 Mortalidad

Para el año 2023, en Suba se registraron 4.901 defunciones, lo que representa una tasa de mortalidad de 378,6 muertes por 100.000 habitantes; comparado con el año anterior, se presenta una reducción del 12,0% en la tasa de mortalidad. Según sexo, el 52,2% de las muertes corresponde a mujeres y el 47,8% restante a hombres; por momento de curso de vida, la mayor proporción se registra en vejez con un 79,1%, seguido de la población adulta con el 15,3% (73) (ver **Tabla 9**).

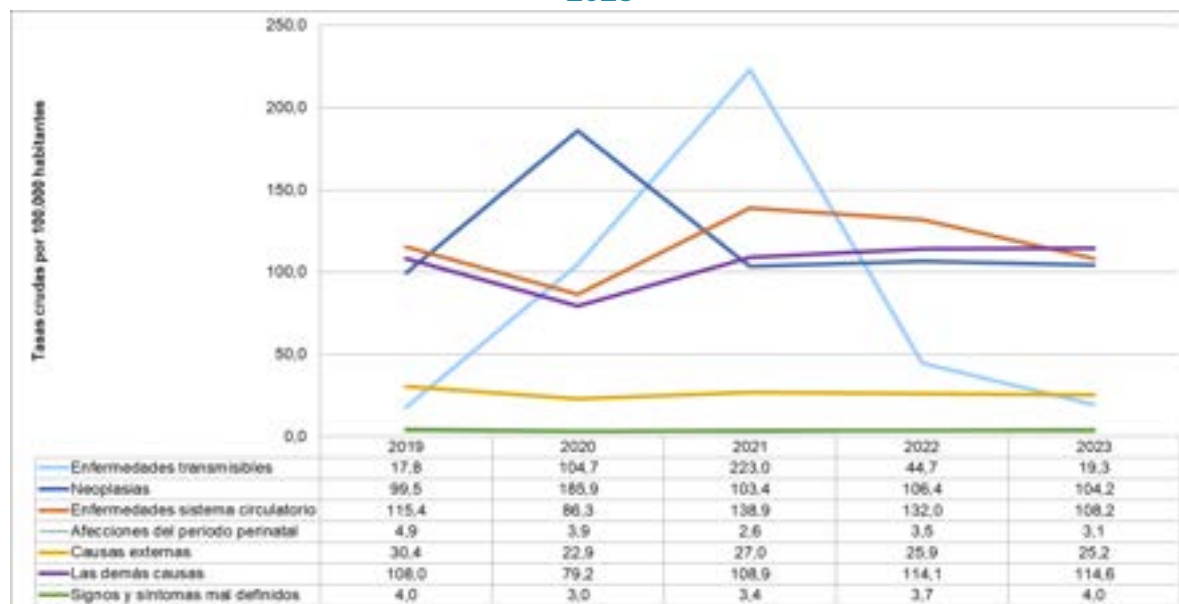
Tabla 9. Defunciones según sexo y momento de curso de vida, localidad Suba, 2019 – 2023

MCV	Sexo	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
P. Infancia	Hombres	65	56	46	51	43	
	Mujeres	67	39	37	45	35	
	Total	132	95	83	96	78	
Infancia	Hombres	9	4	8	8	7	
	Mujeres	4	4	8	2	4	
	Total	13	8	16	10	11	
Adolescencia	Hombres	9	16	17	19	18	
	Mujeres	13	9	11	8	13	
	Total	22	25	28	27	31	
Juventud	Hombres	133	100	135	135	109	
	Mujeres	44	48	47	34	44	
	Total	177	148	182	169	153	
Adultez	Hombres	450	644	969	468	418	
	Mujeres	302	488	574	356	332	
	Total	752	1.132	1.543	824	750	
Vejez	Hombres	1.518	2.220	2.821	1.960	1.747	
	Mujeres	1.918	2.340	2.934	2.396	2.131	
	Total	3.436	4.560	5.755	4.356	3.878	
Total Defunciones	Hombres	2.184	3.040	3.996	2.641	2.342	
	Mujeres	2.348	2.928	3.611	2.841	2.559	
	Total	4.532	5.968	7.607	5.482	4.901	

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 Suba fueron las demás causas (114,6 por 100.000 habitantes), seguida de las enfermedades del sistema circulatorio (108,2 por 100.000 habitantes); mientras la tasa de mortalidad más baja, corresponde a afecciones del periodo perinatal (3,1 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 8,7% mayor; por el contrario, la mayor reducción se evidenció en la tasa de mortalidad por afecciones del periodo perinatal, con una cifra 37,5% inferior. Por otra parte, los signos y síntomas mal definidos, fue el motivo de muerte que registró mayor incremento para 2023 con respecto al 2022, con una tasa superior en un 6,6% (73) (ver **Gráfica 4**).

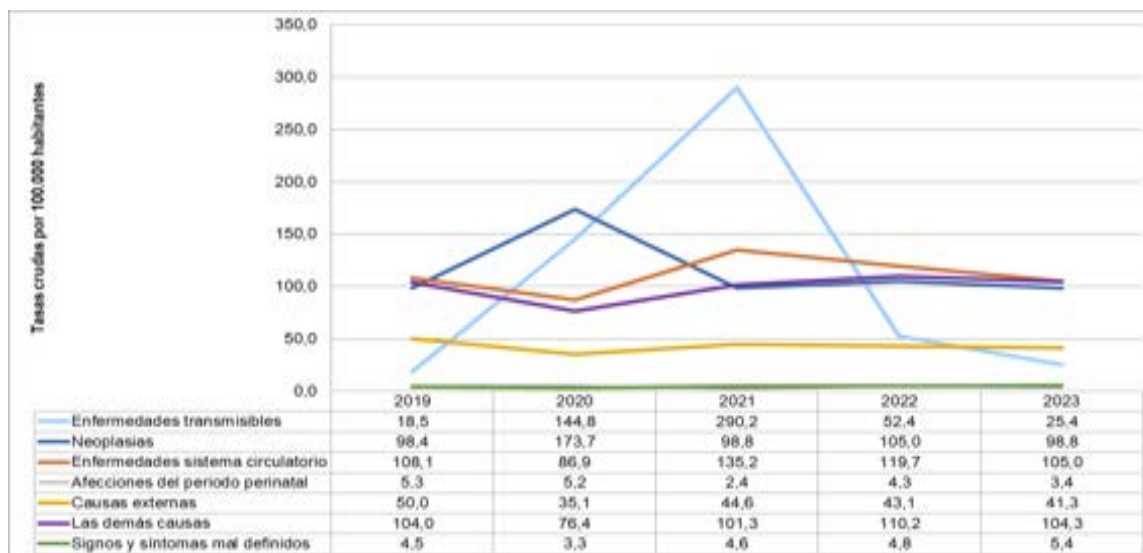
Gráfica 4. Tasas crudas de mortalidad por grandes causas, localidad Suba, 2019 – 2023



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 (105,0 por 100.000 habitantes), seguida de las demás causas (104,3 por 100.000 habitantes); mientras la tasa de mortalidad más baja, corresponde a afecciones del periodo perinatal (3,4 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 37,1% mayor, seguido de signos y síntomas mal definidos, cuya tasa se incrementó un 21,4%; por el contrario, la mayor reducción se evidenció en la tasa de mortalidad por afecciones del periodo perinatal, con una cifra 35,6% inferior. Por otra parte, los signos y síntomas mal definidos, fue el único grupo con incremento de la tasa de mortalidad para 2023 con respecto al 2022, con una cifra 12,0% mayor (73) (ver **Gráfica 5Gráfica 4**).

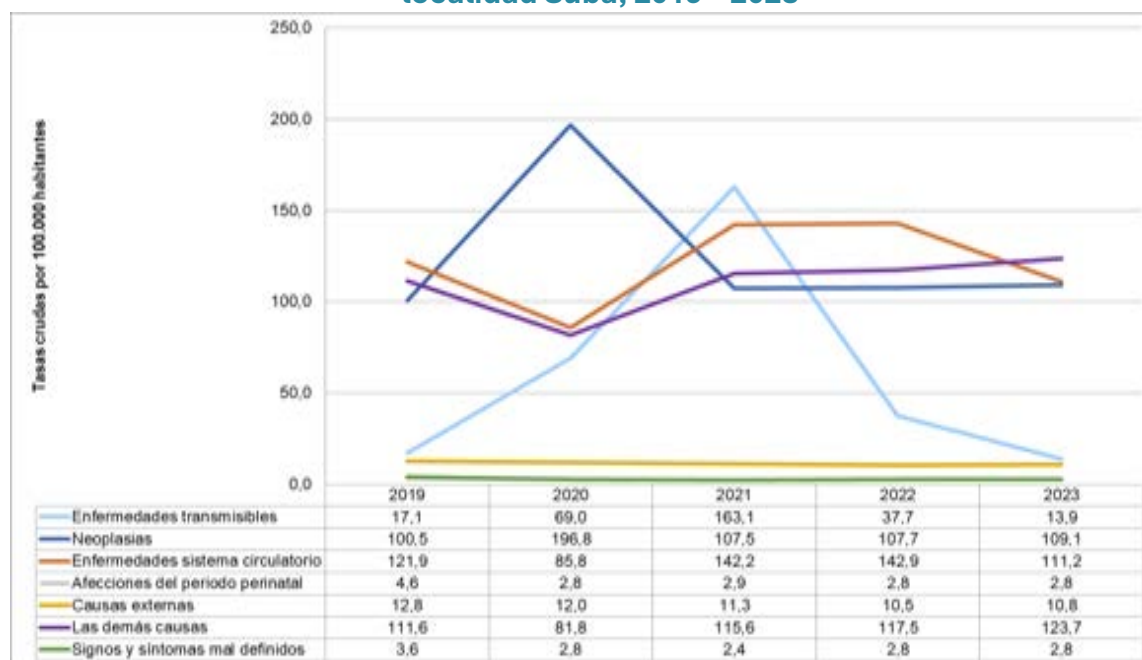
Gráfica 5. Tasas crudas de mortalidad en hombres, según grandes causas, localidad Suba, 2019 – 2023



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 demás causas (123,7 por 100.000 habitantes), seguida de las enfermedades del sistema circulatorio (111,2 por 100.000 habitantes); mientras la tasa de mortalidad más baja, corresponde a afecciones del periodo perinatal y a signos y síntomas mal definidos (2,8 por 100.000 habitantes, cada una). Al comparar la mortalidad de 2019 con respecto al 2023, el mayor incremento se observó en la tasa de mortalidad por las demás causas, con una cifra 10,9% mayor; por el contrario, la mayor reducción se evidencio en la tasa de mortalidad por afecciones del periodo perinatal, con una cifra 39,5% inferior. Por otra parte, las demás causas, seguido de causas externas, fueron los motivos de muerte que registraron mayor incremento para 2023 con respecto al 2022, con tasas superiores en un 5,3% y 2,6% respectivamente (73) (ver **Gráfica 6**).

Gráfica 6. Tasas crudas de mortalidad en mujeres, según grandes causas, localidad Suba, 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 las enfermedades infecciosas que marcan tendencia al alza en el periodo alcanzando el pico máximo en 2023, por el contrario, se presentó reducción desde el 2021 en las defunciones por enfermedades transmitidas por vectores, por infecciones respiratorias y por el resto de las enfermedades infecciosas y parasitarias, 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 207,5 defunciones por 100.000 habitantes. Por otra parte, en el último periodo la tasa más alta de mortalidad fue por infecciones respiratorias agudas con 8,5 defunciones por 100.000 habitantes, seguido de la mortalidad por otras enfermedades infecciosas y parasitarias (4,9 casos por 100.000 habitantes). Al comparar la tasa de mortalidad de 2023 con el año anterior, las muertes ocurridas por septicemia reportaron el mayor incremento con una cifra 1,9 veces mayor, contrario a la tasa de mortalidad por otras enfermedades infecciosas y parasitarias que se redujo un 84,0% (73) (ver **Tabla 10**).

Tabla 10. Tasas crudas de mortalidad, por enfermedades transmisibles, según sexo, localidad Suba, 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	0,7	0,2	0,3	1,0	1,8	1,6	0,8	1,4	1,3	2,0	1,2	0,5	0,9	1,2	1,9	
Tuberculosis	1,8	0,2	1,4	0,8	0,8	0,8	0,5	0,3	0,7	0,3	1,3	0,3	0,8	0,8	0,5	
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,4	0,3	0,5	0,3	0,7	0,5	0,0	0,8	0,4	0,0	0,4	0,2	0,6	0,4	0,3	
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	
Meningitis	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	
Septicemia, excepto neonatal	0,4	0,3	1,0	0,0	0,0	0,6	0,5	0,6	0,1	0,4	0,5	0,4	0,8	0,1	0,2	
Enfermedad por VIH (SIDA)	4,5	5,2	4,2	3,5	5,2	1,1	0,6	0,6	0,4	0,4	2,7	2,8	2,3	1,9	2,7	
Infecciones respiratorias agudas	8,9	5,9	12,5	10,0	10,6	11,1	5,4	7,5	8,9	6,6	10,1	5,6	9,9	9,4	8,5	
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,4	132,6	269,9	36,6	6,1	1,3	61,1	152,0	25,7	3,9	1,3	94,8	207,5	30,8	4,9	

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

Neoplasias

Entre 2019 y 2023, se observó un comportamiento variable de las tasas de mortalidad por neoplasias en la mayoría de las causas, excepto para tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo y, tumor maligno de la tráquea, que presentaron tendencia al alza y adicionalmente registraron para el 2023 el pico máximo en la tasa de mortalidad, así como el tumor maligno del cuello del útero; contrario a, las tasas de mortalidad por tumor maligno de próstata y leucemia que mostraron reducción en los últimos tres años del periodo evaluado, mientras la tasa de mortalidad por tumor maligno de estómago no registró variación entre 2022 y 2023. Para el último periodo, la tasa más alta de mortalidad fue el tumor maligno de órganos digestivos con 20,3 defunciones por 100.000 habitantes, seguido de la mortalidad por tumores malignos de otras localizaciones con 13,9 casos por 100.000 habitantes. Al comparar la tasa de mortalidad de 2023 con el año anterior, las muertes ocurridas por tumor maligno de colon, reportó el mayor incremento (21,7%), seguido de tumor maligno de cuello del útero (20,6%), contrario a la tasa de mortalidad por tumor maligno de cuerpo del útero que alcanzó reducción del 40,4% (73) (ver **Tabla 11**).

Tabla 11. Tasas crudas de mortalidad, por neoplasias, según sexo, localidad Suba, 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	13,2	9,9	10,7	12,2	12,0	6,0	6,8	7,4	8,9	8,9	9,4	8,2	8,9	10,4	10,4	
Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea	9,1	8,1	7,6	6,8	9,5	12,4	6,6	9,5	7,7	8,3	10,8	7,3	8,6	7,3	8,9	
Tumor maligno De los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	15,5	17,1	18,1	20,6	20,0	12,7	13,9	18,6	18,1	20,6	14,0	15,4	18,4	19,3	20,3	
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	8,2	6,4	5,9	6,8	7,9	7,0	5,9	7,7	7,3	8,8	7,5	6,1	6,9	7,1	8,3	
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	1,6	0,9	1,2	1,0	0,7	0,5	0,0	0,9	1,0	1,2	1,0	0,4	1,0	1,0	0,9	
Tumor maligno de la mama de la mujer	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	12,7	13,4	12,8	15,3	13,9	6,7	7,2	6,8	8,1	7,3	
Tumor maligno del cuello del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6	3,7	4,5	4,6	5,6	2,4	2,0	2,4	2,4	2,9	
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	2,5	2,4	4,9	2,9	1,9	1,3	1,3	2,6	1,5	
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	0,8	2,1	1,3	1,6	2,2	0,4	1,1	0,7	0,8	
Tumor maligno de la próstata	14,8	10,0	15,6	14,0	13,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,0	4,7	7,3	6,6	6,5	
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	4,8	92,8	6,3	5,8	6,4	2,4	118,0	10,9	8,3	9,2	3,5	106,1	8,7	7,1	7,9	
Leucemia	4,8	4,5	6,1	5,8	4,1	4,9	3,2	3,5	3,1	3,2	4,9	3,8	4,7	4,4	3,6	
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	8,0	5,9	6,8	8,5	5,6	5,9	4,8	7,4	6,1	5,7	6,9	5,3	7,1	7,2	5,6	
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	14,6	12,8	15,2	18,6	14,4	18,2	13,4	15,1	16,9	13,5	16,5	13,1	15,2	17,7	13,9	
Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	3,9	5,2	5,3	4,8	4,6	5,5	4,0	4,7	4,0	5,7	4,8	4,6	4,9	4,4	5,2	

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

Enfermedades del sistema circulatorio

Para el periodo evaluado, se observó un comportamiento variable de las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en la mayoría de las causas, excepto por las defunciones debido a enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cardiopulmonar y enfermedades cerebrovasculares, las cuales mostraron reducción desde el 2021. Para el último periodo, la tasa más alta de mortalidad fue por enfermedades isquémicas del corazón con 62,0 defunciones por 100.000 habitantes, seguido de enfermedades cerebrovasculares con 21,0 casos por 100.000 habitantes. Al comparar la tasa de mortalidad de 2023 con el año anterior, las muertes ocurridas por fiebre reumática, fueron la única causa con incremento, mientras la tasa de mortalidad por insuficiencia cardiaca registró la mayor reducción (60,6%) (73) (ver **Tabla 12**).

Tabla 12. Tasas crudas de mortalidad, por enfermedades del sistema circulatorio, según sexo, localidad Suba, 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	1,1	0,0	0,0	0,0	0,2	2,9	0,0	0,8	0,1	0,4	2,0	0,0	0,4	0,1	0,3	
Enfermedades hipertensivas	7,3	5,5	12,4	10,2	9,0	10,6	8,9	14,5	17,8	10,5	9,1	7,3	13,5	14,2	9,8	
Enfermedades isquémicas del corazón	64,3	48,9	81,2	69,6	63,5	61,8	42,0	76,2	76,2	60,7	63,0	45,3	78,5	73,1	62,0	
Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	9,3	8,3	10,3	10,8	10,0	11,4	10,3	14,8	13,5	7,9	10,4	9,4	12,7	12,2	8,9	
Insuficiencia cardiaca	3,0	0,7	1,0	0,8	0,2	2,9	1,4	1,5	2,2	1,0	2,9	1,1	1,3	1,6	0,6	
Enfermedades cerebrovasculares	18,5	17,6	23,2	20,0	16,5	27,4	18,2	28,4	25,0	25,0	23,2	17,9	25,9	22,6	21,0	
Arteriosclerosis	0,2	0,3	0,0	0,3	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	4,5	5,5	7,1	8,0	5,4	4,8	4,9	5,9	8,0	5,6	4,6	5,2	6,5	8,0	5,5	

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 retardo de crecimiento fetal que no reportó variación en los últimos tres periodos. Para el último año, la tasa más alta de mortalidad fue por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal y otras afecciones originadas en el periodo perinatal con 0,8 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 las defunciones por sepsis bacteriana del recién nacido (96,8%), mientras la mayor reducción se presentó en la mortalidad por trastornos respiratorios del periodo perinatal, con una tasa 38,5% menor (73) (ver **Tabla 13**).

Tabla 13. Tasas crudas de mortalidad, por afecciones del periodo perinatal, según sexo, localidad Suba, 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	0,4	0,0	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2	
Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	0,5	0,3	0,3	0,7	0,5	0,6	0,5	0,8	0,0	0,6	0,6	0,4	0,6	0,3	0,5	
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,5	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,0	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	2,0	1,0	0,3	1,7	0,8	1,6	0,6	0,0	0,9	0,7	1,8	0,8	0,2	1,3	0,8	
Sepsis bacteriana del recién nacido	1,4	1,4	0,3	0,3	0,5	1,0	0,0	0,6	0,3	0,7	1,2	0,7	0,5	0,3	0,6	
Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,5	2,2	0,8	1,0	1,1	1,1	1,5	1,4	1,5	0,6	0,8	1,9	1,1	1,3	0,8	

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

Causas externas

Durante el periodo reportado, las tasas de mortalidad por causas externas tuvieron en su mayoría un comportamiento variable, excepto para las defunciones por otros accidentes de transporte, caídas, exposición a humo, los demás accidentes y las demás causas externas que registraron reducción en los últimos tres periodos, aclarando que, no se presentaron fallecimientos por accidentes por disparo de arma de fuego durante el periodo reportado. Para el último periodo, la tasa más alta de mortalidad fue por accidentes de transporte con 8,1 defunciones por 100.000 habitantes, seguido de homicidios con 6,6 casos por 100.000 habitantes. Al comparar la tasa de mortalidad de 2023 con el año anterior, las muertes ocurridas por accidentes de transporte terrestre reportaron el mayor incremento (61,5%), contrario a la tasa de mortalidad por los demás accidentes de transporte y exposición al humo, que alcanzaron una reducción del 100% (73) (ver **Tabla 14**).

Tabla 14. Tasas crudas de mortalidad, por causas externas, según sexo, localidad Suba, 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	13,0	7,6	11,7	8,3	13,6	4,6	2,8	2,3	2,1	3,2	8,6	5,0	6,7	5,0	8,1	
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,2	0,3	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,1	0,0	
Caidas	3,2	2,1	3,7	3,7	2,8	1,1	1,4	2,1	2,1	2,2	2,1	1,7	2,9	2,8	2,5	
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	0,2	0,8	0,3	1,1	0,0	0,2	0,0	0,4	0,1	0,5	0,2	0,4	0,4	0,6	
Accidentes que obstruyen la respiración	0,5	0,5	1,0	1,2	0,7	1,1	0,2	0,5	0,0	0,0	0,8	0,3	0,7	0,5	0,3	
Exposición a la corriente eléctrica	0,2	0,2	0,2	0,8	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1	
Exposición al humo, fuego y llamas	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	
Envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas	0,5	0,7	1,5	0,7	0,8	0,0	0,6	0,2	0,1	0,1	0,3	0,7	0,8	0,4	0,5	
Los demás accidentes	2,7	1,4	1,9	2,2	0,7	0,8	1,1	2,1	0,7	0,3	1,7	1,2	2,0	1,4	0,5	
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	9,1	6,7	7,3	7,0	6,4	2,2	2,0	1,2	2,1	2,6	5,5	4,2	4,1	4,4	4,4	
Agresiones (homicidios)	13,2	10,7	13,0	14,1	12,6	1,4	2,8	1,2	1,9	1,2	7,0	6,5	6,8	7,7	6,6	
Eventos de intención no determinada	5,5	4,0	2,4	3,8	2,3	1,4	0,8	0,9	1,0	1,0	3,4	2,3	1,6	2,4	1,6	
Las demás causas externas	0,9	0,7	0,3	0,7	0,2	0,2	0,2	0,5	0,0	0,0	0,5	0,4	0,4	0,3	0,1	

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 e hiperplasia de próstata, que registraron tendencia al alza durante el periodo reportado. Por otra parte, se observó reducción de las tasas de mortalidad entre 2021 y 2023 por causas como Diabetes Mellitus, otras enfermedades del sistema digestivo, malformaciones congénitas y resto de enfermedades, mientras la tasa de mortalidad por embarazo, parto y puerperio no registró variación en los dos últimos años. Para el último periodo, la tasa más alta de mortalidad fue por enfermedades del sistema nervioso con 23,8 defunciones por 100.000 habitantes, seguido de enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores con 21,9 casos por 100.000 habitantes. Al comparar la tasa de mortalidad de 2023 con el año anterior, las muertes ocurridas por hiperplasia de próstata reportaron el mayor incremento (59,0%), contrario a la tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales que alcanzó una reducción del 56,3% (73) (ver **Tabla 15**).

Tabla 15. Tasas crudas de mortalidad, por las demás enfermedades, según sexo, localidad Suba, 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	10,1	9,0	10,8	9,3	6,7	8,2	7,7	7,7	7,3	7,8	9,1	8,3	9,2	8,2	7,3	
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	0,4	0,2	1,2	1,2	0,8	1,4	1,2	2,1	3,0	1,0	0,9	0,7	1,7	2,1	0,9	
Trastornos mentales y del comportamiento	3,0	5,4	3,9	3,3	5,9	5,5	9,9	7,1	7,0	10,4	4,4	7,7	5,6	5,3	8,3	
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	12,1	12,3	12,9	20,5	19,0	16,0	12,9	21,6	21,2	28,1	14,2	12,6	17,5	20,9	23,8	
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	27,2	10,7	19,0	22,6	18,0	30,3	12,6	20,7	25,1	25,3	28,8	11,7	19,9	23,9	21,9	
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	6,8	2,9	6,4	5,2	4,9	4,3	3,9	5,0	3,4	4,2	5,5	3,4	5,7	4,2	4,6	
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	3,2	3,1	4,1	3,3	5,2	1,9	1,8	3,8	3,9	5,3	2,5	2,4	3,9	3,6	5,3	
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	4,6	4,1	6,1	7,2	4,9	4,8	2,9	2,9	3,6	3,2	4,7	3,5	4,4	5,3	4,0	
Resto de enfermedades del sistema digestivo	12,3	11,8	15,2	13,0	15,6	12,4	9,5	16,0	17,2	14,0	12,3	10,6	15,6	15,2	14,8	
Enfermedades del sistema urinario	11,0	5,2	6,3	8,2	7,9	8,1	6,8	10,3	10,0	8,9	9,5	6,0	8,4	9,1	8,4	
Hiperplasia de la próstata	0,0	1,0	1,9	2,2	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,9	1,0	1,6	
Embarazo, parto y puerperio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,1	1,2	0,7	0,7	0,5	0,6	0,6	0,4	0,4	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías	4,1	2,2	2,7	2,0	2,5	4,6	2,5	2,1	2,2	1,6	4,4	2,4	2,4	2,1	2,0	
Resto de enfermedades	9,1	8,5	10,8	12,3	9,5	13,2	8,9	15,2	12,9	13,2	11,2	8,7	13,2	12,6	11,4	

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

Síntomas, signos y afecciones mal definidas

Para el 2023 se registraron 52 defunciones por causas mal definidas, lo que representa el 1,1% del total de la mortalidad, con una tasa de 4,0 muertes por 100.000 habitantes y tendencia al alza desde 2020; con aumento del 6,6% en la tasa de mortalidad de 2023 con respecto al año anterior (73)(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 73,1% de los casos, de los cuales el 94,2% registra “en estudio”.

Tabla 16. Tasas crudas de mortalidad, por síntomas, signos y afecciones mal definidas, según sexo, localidad Suba, 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	9,9	3,3	4,6	4,8	5,4	3,6	2,8	2,4	2,8	2,8	4,0	3,0	3,4	3,8	4,0	

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 250,1 y 118,5 defunciones por 100.000 menores de 1 año. Por otra parte, para el 2023 con respecto al año anterior, se observa incremento del 100% en la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema nervioso y del 48,9% en la mortalidad por malformaciones congénitas, contrario a las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y causas externas que lograron reducción del 100%. Al evaluar el

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.

comportamiento de la mortalidad por sexo, las mortalidades por neoplasias ocurrieron solo en hombres, mientras en 2023, para las mujeres se registraron tasas de mortalidad por enfermedades del sistema nervioso y del sistema respiratorio superiores a las de los hombres (73) (ver **Tabla 17**).

Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad, en menor de 1 año, según sexo, localidad Suba, 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	12,5	75,5	12,7	0,0	14,0	27,6	27,8	13,9	0,0	6,6	19,7	52,9	13,3	0,0
Tumores (neoplasias)	12,6	0,0	0,0	12,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,6	0,0	0,0	6,6	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	0,0	0,0	12,6	0,0	12,6	0,0	0,0	0,0	0,0	13,7	0,0	0,0	6,6	0,0	13,2
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	12,6	0,0	0,0	12,7	12,6	0,0	13,8	0,0	13,9	0,0	6,6	6,6	0,0	13,3	6,6
Enfermedades del sistema respiratorio	25,1	0,0	37,8	88,6	50,5	28,1	13,8	13,9	41,8	54,9	26,5	6,6	26,4	66,3	52,7
Enfermedades del sistema digestivo	25,1	12,5	12,6	0,0	0,0	0,0	13,8	13,9	0,0	0,0	13,3	13,1	13,2	0,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,0	0,0	0,0	0,0	12,6	14,0	13,8	0,0	0,0	0,0	6,6	6,6	0,0	0,0	6,6
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	364,3	362,2	163,6	329,1	252,7	378,7	234,9	250,4	250,6	247,3	371,1	301,8	204,8	291,7	250,1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	175,9	112,4	125,9	63,3	139,0	266,5	110,5	153,0	97,4	96,2	218,7	111,5	138,8	79,6	118,5
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	25,0	0,0	38,0	0,0	0,0	13,8	13,9	0,0	0,0	0,0	19,7	6,6	19,9	0,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	12,6	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,9	0,0	6,6	6,6	0,0	6,6	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 tumores, malformaciones congénitas, causas externas y las demás enfermedades. Al comparar la mortalidad del 2023, con respecto al año inmediatamente anterior, se observa incremento en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, endocrinas-nutricionales y por enfermedades del sistema nervioso, contrario a las tasas de mortalidad por neoplasias, causas externas y demás enfermedades que alcanzaron reducción del 100%. Según sexo, para el periodo reportado, las muertes por enfermedades infecciosas, endocrinas-nutricionales y las originadas en el periodo perinatal ocurrieron únicamente en hombres (73) (ver **Tabla 18**).

Tabla 18. Tasas específicas de mortalidad, en menor de 1 a 4 años, según sexo, localidad Suba, 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	3,3	3,5	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,8	1,9
Tumores (neoplasias)	6,7	3,3	3,3	0,0	0,0	7,0	3,5	0,0	11,1	0,0	6,9	3,4	1,7	5,4	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	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9
Enfermedades del sistema nervioso	3,4	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0	3,5	0,0	7,4	3,9	1,7	1,7	0,0	3,6	3,7
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	3,3	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,7	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema respiratorio	3,4	3,3	6,7	13,8	0,0	3,5	0,0	0,0	3,7	3,9	3,4	1,7	3,4	8,9	1,9
Enfermedades del sistema digestivo	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,0	3,3	0,0	0,0	3,6	17,6	7,0	0,0	11,1	0,0	8,6	5,1	0,0	5,4	1,9
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	6,6	3,3	3,5	0,0	7,0	3,5	3,5	3,7	0,0	3,4	5,1	3,4	3,6	0,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	10,1	0,0	10,0	0,0	0,0	3,5	3,5	3,5	3,7	0,0	6,9	1,7	6,9	1,8	0,0

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 afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas. Al evaluar las tasas de mortalidad de 2023 con respecto al año anterior, se presentó incremento en las mortalidades por enfermedades endocrinas-nutricionales, del sistema nervioso y por malformaciones congénitas, contrario a la mortalidad por neoplasias, causas externas y las demás enfermedades, que alcanzaron reducción del 100%. Según sexo, el 100% de las mortalidades reportadas por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas ocurrieron en hombres (73) (ver **Tabla 19**).

Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad, en menores de 5 años, según sexo, localidad Suba, 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	2,6	18,5	5,4	2,8	2,8	5,6	5,7	2,9	0,0	1,4	4,0	12,3	4,2	1,5
Tumores (neoplasias)	7,9	2,6	2,6	2,7	0,0	5,6	2,8	0,0	8,8	0,0	6,8	2,7	1,4	5,6	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	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
Enfermedades del sistema nervioso	2,6	0,0	2,6	0,0	5,6	0,0	2,8	0,0	5,9	6,1	1,4	1,3	1,4	2,8	5,8
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	2,6	2,6	0,0	2,7	2,8	2,8	2,8	0,0	2,9	0,0	2,7	2,7	0,0	2,8	1,5
Enfermedades del sistema respiratorio	7,9	2,6	13,2	29,9	11,2	8,4	2,8	2,8	11,7	15,2	8,2	2,7	8,2	21,1	13,1
Enfermedades del sistema digestivo	7,9	2,6	2,6	0,0	0,0	2,8	2,8	2,8	0,0	0,0	5,5	2,7	2,7	0,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	2,8	2,8	0,0	0,0	0,0	1,4	1,3	0,0	0,0	1,5
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	76,8	75,3	37,0	70,6	56,1	75,9	47,2	50,9	52,7	54,7	76,3	61,7	43,7	62,0	55,4
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	37,1	26,0	26,4	13,6	33,7	67,5	27,8	31,1	29,3	21,3	51,8	26,8	28,7	21,1	27,7
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	10,4	2,6	10,9	0,0	5,6	5,6	5,7	2,9	0,0	2,7	8,1	4,1	7,0	0,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	10,6	2,6	7,9	0,0	0,0	2,8	2,8	2,8	5,9	0,0	6,8	2,7	5,5	2,8	0,0

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 la mayoría de indicadores del 2024 no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre Suba y Bogotá, excepto por la Razón de Mortalidad Materna-RMM y la tasa de mortalidad prematura por condiciones crónicas, donde Suba tuvo tasas inferiores a Bogotá en un 100,0% y 21,0% respectivamente (74) (75) (76) (77) (ver **Tabla 20**).

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

Indicadores trazadores asociados a metas estratégicas del PDD y PTS 2024 - 2027	Meta 2024	Bogotá 2024	Suba 2024	Comportamiento						
				2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Razón de mortalidad materna	35,4	33,6	0,0	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Tasa de mortalidad perinatal	10,0	11,5	11,1	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Tasa de mortalidad infantil	<9,0	9,3	8,8	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Tasa de mortalidad en menores de cinco años	<10,3	10,9	10,2	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Prevalencia riesgo DNT Aguda en menores de cinco años	13,0	12,3	12,1	-	🟢	-	🟢	🟢	🟢	🟢
Prevalencia DNT Aguda en menores de cinco años	1,6	1,5	1,2	🟢	🟢	🟢	-	🟢	🟢	🟢
Proporción de bajo peso al nacer	15,2*	16,5	16,7	🟢	🟢	-	🟢	-	🟢	🟢
Tasa mortalidad prematura por condiciones crónicas**	<125,0	126,3	99,8	-	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Tasa específica de fecundidad 10 a 14 años	0,6	0,8	0,6	🟢	🟢	-	🟢	🟢	🟢	-
Tasa específica de fecundidad 15 a 19 años	20,8	18,3	12,5	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,6	1,9	2,6	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Tasa de mortalidad por suicidio	5,2	4,4	2,7	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢

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.

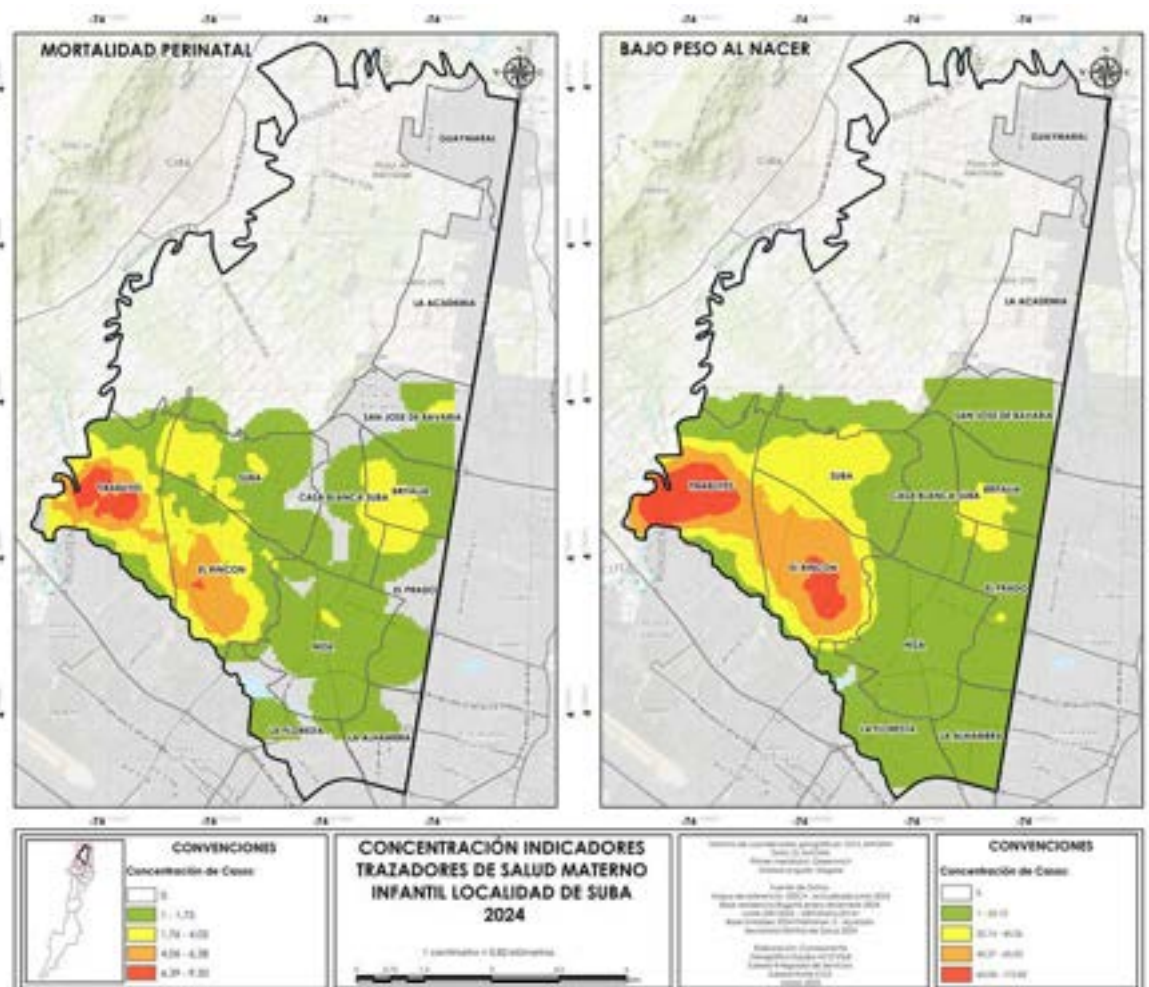
La mayoría de indicadores trazadores de Suba presentaron un comportamiento variable entre 2019 y 2024, excepto por la prevalencia de riesgo de DNT Aguda en menores de cinco años que registró reducción entre 2022 y 2024. Al comparar los indicadores de 2024 con respecto al 2023, la tasa de mortalidad perinatal aumentó un 37,0%, seguido de la tasa de incidencia sífilis congénita con un 36,8%, mientras el indicador de mayor descenso fue la RMM que se redujo un 100,0% (74) (75) (76) (77) (ver **Tabla 20**).

Por otra parte, se evidencia para 2024 que la tasa de mortalidad perinatal y la proporción de BPN estuvieron por encima de la meta del Distrito y/o de la línea base con indicadores superiores en 11,0% y 9,9% respectivamente (74) (ver **Tabla 20**).

Respecto a la mortalidad perinatal se notificaron 91 casos en 2024, de los cuales el 49,5% (n=45) eran hombres, el 70,3% (n=64) fueron defunciones fetales, el 92,3% (n=84) de los casos se registraron como embarazos simples y el 3,3% (n=3) como dobles. 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 53,8% (n=49), seguido de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con el 14,3% (n=13). Con relación a las características de la madre las edades oscilaban entre los 17 y 41 años con un promedio de 28,6 años, el 42,9% (n=39) estaba en unión libre hace más de dos años, el 27,5% (n=25) tenía nivel educativo de media académica y el 5,5% (n=5) eran de nacionalidad extranjera venezolana. Las UPZ con la mayor proporción de casos fueron Tibabuyes con el 35,2% (n=32), seguido de Rincón con el 24,2% (n=22) y Suba con el 13,2% (n=12) (74) (ver **Mapa 7**).

Mapa 7. Casos eventos de salud materno infantil localidad de Suba, 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.

En cuanto al BPN se registraron 1.361 casos en 2024, de los cuales el 52,2% (n=710) eran mujeres, el 52,2% (n=414), de los nacimientos fueron pretérmino y el 82,2% (n=1.119) tenía más de cuatro controles prenatales. Respecto a las características de la madre el 6,5% (n=89) cursaba edades entre 11 a 19 años (siendo la edad más frecuente 19 años, no obstante, se registró un caso de 11 años), el 16,5% (n=225) eran mayores de 35 años. Asimismo, el 50,0%

(n=680) de las madres se encontraban en unión libre hace más de dos años, el 31,7% (n=432) tenían nivel educativo de media académica y el 9,3% (n=127) eran de nacionalidad venezolana. De otro lado, el 76,2% (n=1.037) de las madres estaban afiliadas al régimen contributivo, en su mayoría a Sanitas EPS (n=309) y Compensar (n=225). Adicionalmente, las UPZ con mayor proporción de reportes fueron Tibabuyes con el 31,8% (n=433), El Rincón con el 27,6% (n=375) y Suba con el 12,1% (n=165) (74) (ver **Mapa 7**).

Los casos de mortalidad perinatal y BPN se concentraron mayormente en las UPZ Tibabuyes y El Rincón, lo anterior debido a la alta densidad poblacional y a las problemáticas socioeconómicas presentes en estos espacios y que tienen una influencia directa en las condiciones de salud y enfermedad de los residentes (ver **Mapa 7**).

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 (78).

Para el periodo de enero a octubre de 2024, la mayor cantidad de notificaciones en la localidad de Suba se presentaron en las UPZ El Rincón, Suba y Tibabuyes, mientras que el menor número, ocurren en Guaymaral, La Academia y Casa Blanca Suba. De estas, la mayor cantidad de reportes se presentan en el eje ambiental, seguido del social y por último el de salud (ver **Tabla 21**).

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

Nombre UPZ	Eje ambiental	%	Eje de salud	%	Eje social	%	Total	%
EL RINCÓN	137	66,2	23	11,1	47	22,7	207	44,9
SUBA	59	75,6	9	11,5	10	12,8	78	16,9
TIBABUYES	49	62,8	13	16,7	16	20,5	78	16,9
EL PRADO	27	65,9	6	14,6	8	19,5	41	8,9
BRITALIA	6	33,3	5	27,8	7	38,9	18	3,9
NIZA	12	75,0	1	6,3	3	18,8	16	3,5
SAN JOSÉ DE BAVARIA	3	50,0	0	0,0	3	50,0	6	1,3
LA ALHAMBRA	1	20,0	1	20,0	3	60,0	5	1,1
LA FLORESTA	3	60,0	0	0,0	2	40,0	5	1,1
CASA BLANCA SUBA	4	100,0	0	0,0	0	0,0	4	0,9
LA ACADEMIA	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	0,4
GUAYMARAL	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
TOTAL	302	65,5	58	12,6	101	21,9	461	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.

Respecto al eje de salud, la problemática de mayor impacto reportada fue Otro tipo de Problemáticas Colectivas entre las cuales encierran situaciones relacionadas con: Aseguramiento y barreras de acceso en el servicio de salud en población diferencial y el inadecuado manejo higiénico de alimentos en dos o más personas, lo que puede generar Enfermedades Transmitidas por Alimentos -ETA-.

Las barreras de acceso a los servicios de salud, traducidas en factores como: falta de infraestructura de los servicios, discriminación, desconocimiento cultural y escasez de recursos económicos, afectan a poblaciones diferenciales, limitan su derecho a recibir atención oportuna y adecuada, aumentando su vulnerabilidad y profundizando las desigualdades en el cuidado de la salud.

Por otro lado, el manejo inadecuado de alimentos representa un grave riesgo para la salud pública, ya que puede provocar la proliferación de ETA, como salmonelosis o intoxicaciones. Este riesgo es especialmente alto en contextos donde no se cumplen las normas de higiene, conservación y manipulación de los alimentos, afectando de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables.

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

En la localidad de Suba se presentan diversas problemáticas de salud que afectan a la población, evidenciando barreras estructurales y sociales en que limitan el acceso oportuno y adecuado a los servicios. Una de estas problemáticas es la alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal, causada por la falta de conocimientos sobre el cuidado bucodental, hábitos de higiene oral deficientes y bajo autocuidado. Estas condiciones se ven reforzadas por barreras estructurales como la disponibilidad limitada de agendas para promoción y prevención, y la concentración de servicios en sectores centrales de la localidad, lo que dificulta el acceso para quienes residen en zonas periféricas o de difícil movilidad. A ello se suman barreras sociales y culturales como el bajo nivel educativo en salud bucal en ciertos grupos poblacionales -como migrantes con estatus migratorio irregular, personas en condición de habitanza en calle, poblaciones étnicas, entre otras-, la priorización de necesidades básicas sobre el autocuidado odontológico, y la percepción del cuidado oral como un servicio secundario o no urgente, especialmente en contextos de vulnerabilidad

económica. Estas condiciones generan un aumento sostenido en las consultas por afecciones odontológicas, impactan la calidad de vida y saturan los servicios de salud locales.

De manera similar, las inequidades en el acceso efectivo también se reflejan en la aparición y mortalidad por enfermedades circulatorias, que afectan principalmente a la población de las UPZ El Rincón, Tibabuyes y Suba. Esta problemática está vinculada no solo a hábitos de vida poco saludables y desigualdades socioeconómicas, sino también a barreras en las diferentes dimensiones del acceso en salud: la disponibilidad insuficiente de servicios de promoción y prevención, la falta de oportunidad en la asignación de citas médicas, la fragmentación en la continuidad del tratamiento, y la baja aceptabilidad del sistema por parte de la comunidad. La alimentación inadecuada, el sedentarismo y el escaso control médico oportuno aumentan el riesgo de complicaciones graves, como infartos y accidentes cerebrovasculares, deteriorando la calidad de vida de las personas y generando una mayor carga sobre el sistema de salud. Todo ello refleja la necesidad urgente de mejorar la accesibilidad integral al cuidado cardiovascular en la localidad.

En el caso del cáncer de mama y cérvix, algunas UPZ como El Rincón, Tibabuyes y Suba se han priorizado por su volumen poblacional y condiciones sociales que podrían dificultar el acceso oportuno a servicios preventivos. Las acciones en promoción y prevención aun no son suficientes, las condiciones socioeconómicas desfavorables y la baja adherencia a los controles médicos dificultan la detección temprana y el tratamiento oportuno. Esto aumenta el riesgo de diagnósticos en etapas avanzadas, reduce las posibilidades de recuperación y agrava el impacto emocional y económico en las pacientes y sus familias.

Por último, las inequidades en el acceso efectivo también afectan a la población gestante, especialmente en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba. La falta de adherencia a los controles prenatales, el estado nutricional deficiente y la inadecuada valoración del riesgo obstétrico son determinantes clave que pueden desencadenar complicaciones maternas como preeclampsia y eclampsia. Estas condiciones incrementan la probabilidad de partos pretérmino, muertes perinatales e infantiles, recién nacidos con BPN, sífilis congénita y desnutrición en menores de 5 años, afectando tanto la salud materna como el desarrollo infantil.

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

Respecto a este núcleo se identifican problemáticas que afectan de manera desproporcionada a los grupos más vulnerables, profundizando las brechas sociales y limitando su acceso a oportunidades y servicios esenciales. Una de ellas es el consumo de SPA en jóvenes y adultos, fenómeno influenciado por la falta de acceso a oportunidades educativas y laborales, la vulnerabilidad social y económica, así como la exposición a entornos de alta marginalidad. Este problema se agrava por la presencia de microtráfico en zonas críticas de expendio, especialmente en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba. La desigualdad social, la insuficiencia de estrategias de prevención y la normalización del consumo en ciertos entornos constituyen factores determinantes que refuerzan esta situación. Como consecuencia, aumentan los riesgos para la salud mental y física de los afectados, además de generar un impacto negativo en la seguridad y el tejido social, perpetuando ciclos de exclusión y vulnerabilidad.

De igual manera, las inequidades poblacionales se reflejan en la violencia intrafamiliar y de género, que afecta principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes de estratos 2 y 3 en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba. Las desigualdades de género, la falta de redes de apoyo social y las condiciones socioeconómicas desfavorables son determinantes que perpetúan este fenómeno. La normalización de la violencia, la dependencia económica y las barreras en el acceso a la justicia y a servicios de protección agravan la situación, exponiendo a las víctimas a riesgos físicos y psicológicos que afectan su bienestar y desarrollo integral. Esta problemática subraya la necesidad de fortalecer estrategias de prevención y atención que aborden las causas estructurales de la violencia y promuevan la equidad de género.

Por último, otra manifestación de estas inequidades se evidencia en los embarazos tempranos no planificados, que afectan principalmente a adolescentes de 10 a 14 años en las UPZ El Rincón y Tibabuyes. La falta de acceso a Educación Sexual Integral (ESI), métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva, sumada a la pobreza, la desigualdad de género y la violencia, son factores determinantes que aumentan el riesgo de embarazos en esta población. Como resultado, se presentan consecuencias negativas como la deserción escolar y la disminución de oportunidades futuras, lo que limita el desarrollo personal y social de las adolescentes y perpetúa los ciclos de pobreza y exclusión. En conjunto, estas problemáticas ilustran cómo las inequidades poblacionales profundizan las brechas sociales y limitan el acceso a derechos fundamentales, afectando la calidad de vida y el bienestar de las comunidades más vulnerables.

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

En la localidad de Suba, diversas poblaciones diferenciales, como migrantes, habitantes de calle, recicladores, víctimas del conflicto, personas LGBTIQ+, ASP y la población rural de Chorrillos enfrentan exclusión y falta de atención. La ausencia de inclusión en los procesos de caracterización de los diferentes sectores dificulta la visibilidad de sus necesidades y limita la implementación de acciones de mejoramiento en salud dirigidas a ellas. Además, la carencia de reconocimiento y registro de estas comunidades en los sistemas de información y planificación impide el diseño e implementación de políticas públicas que respondan de manera efectiva a sus demandas específicas.

Por otra parte, la escasa participación de estas poblaciones en instancias de decisión y el desconocimiento de la oferta de servicios agravan su situación de vulnerabilidad. Las dificultades para vincularse a servicios esenciales en salud, educación, vivienda y empleo reducen sus oportunidades de atención integral y bienestar. A ello se suma la escasa disponibilidad de servicios especializados adaptados a sus necesidades y la débil implementación de estrategias para fortalecer su participación activa en los procesos de toma de decisiones. Estas condiciones perpetúan brechas de inequidad y colocan a estas poblaciones en una posición de desventaja estructural frente al resto de la ciudadanía.

3.5.4 Núcleo de Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes y pandemias

La vulnerabilidad de la localidad frente a problemáticas ambientales afecta tanto la salud pública como los ecosistemas locales. Por ejemplo, la calidad variable del agua en los humedales registra niveles preocupantes en áreas como Juanquera Zona 3, el Parque Ecológico Distrital Humedal Torca y Guaymaral, y sectores del Humedal Juan Amarillo, como Brazo Sector 1, Chucua Cañiza y Chucua de los Curies 2, donde la calidad del agua ha sido calificada como muy pobre. Estas condiciones evidencian deficiencias en la gestión del recurso hídrico y una limitada capacidad para prevenir y responder a los riesgos ambientales y sanitarios asociados a su deterioro, lo que representa una amenaza para la salud de las comunidades aledañas y la conservación de los ecosistemas.

Además, la localidad enfrenta un alto riesgo de inundaciones, especialmente durante épocas de lluvia asociadas al fenómeno de La Niña. Este riesgo afecta zonas críticas como los humedales Juan Amarillo, Córdoba, Conejera y Guaymaral, así como el río Bogotá, generando alto impacto en la población y los ecosistemas. A esto se suma el manejo inadecuado de residuos sólidos, que está relacionado con deficiencias en la cultura ciudadana y en la gestión ambiental. Como consecuencia, las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Guaymaral presentan una alta vulnerabilidad a emergencias ambientales, lo que aumenta la exposición de las comunidades a riesgos como inundaciones, contaminación y deterioro de la calidad del aire.

3.6 Reflexiones finales

Las manifestaciones de enfermedad en Suba durante los últimos años reflejan una carga persistente y diferenciada, estrechamente relacionada con los determinantes sociales de la salud y los núcleos de inequidad previamente analizados. La recurrencia de eventos como la violencia intrafamiliar y de género, el consumo de sustancias psicoactivas en espacios públicos, y los reportes relacionados con residuos sólidos o alimentos contaminados, señalan condiciones estructurales de vulnerabilidad que afectan con mayor fuerza a ciertas UPZ como Tibabuyes, El Rincón y Suba.

Estas problemáticas no sólo condicionan la aparición de eventos agudos como intoxicaciones, enfermedades infecciosas o síndromes respiratorios, sino que también contribuyen a perpetuar enfermedades crónicas como las cardiovasculares. La inequidad en el acceso efectivo a servicios de salud, especialmente para poblaciones diferenciales, incide además en desenlaces adversos en salud materno-infantil, evidenciado en indicadores como la tasa de mortalidad perinatal, la proporción del BPN y el incremento de la tasa de incidencia la sífilis congénita.

La persistencia de estas situaciones en determinadas UPZ revela un patrón territorial de inequidad, donde factores como la pobreza oculta, la inseguridad alimentaria, las condiciones ambientales y la débil articulación interinstitucional agravan la morbi-mortalidad en la localidad. En este sentido, abordar la carga de enfermedad en Suba exige una respuesta articulada que reconozca las condiciones sociales que la generan y la sostienen, y que promueva estrategias diferenciadas según las realidades territoriales y poblacionales.

En cuanto a las situaciones problemáticas, se identificó que las UPZ con mayor cantidad de reportes fueron Suba, Tibabuyes y El Rincón. La principal problemática notificada fue la

acumulación de residuos sólidos en el espacio público, seguida por el consumo de SPA en parques, zonas de recreación y otros espacios públicos. Otras problemáticas destacadas incluyen situaciones relacionadas con aseguramiento y barreras de acceso en el servicio de salud para población diferencial.

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.

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

Avances

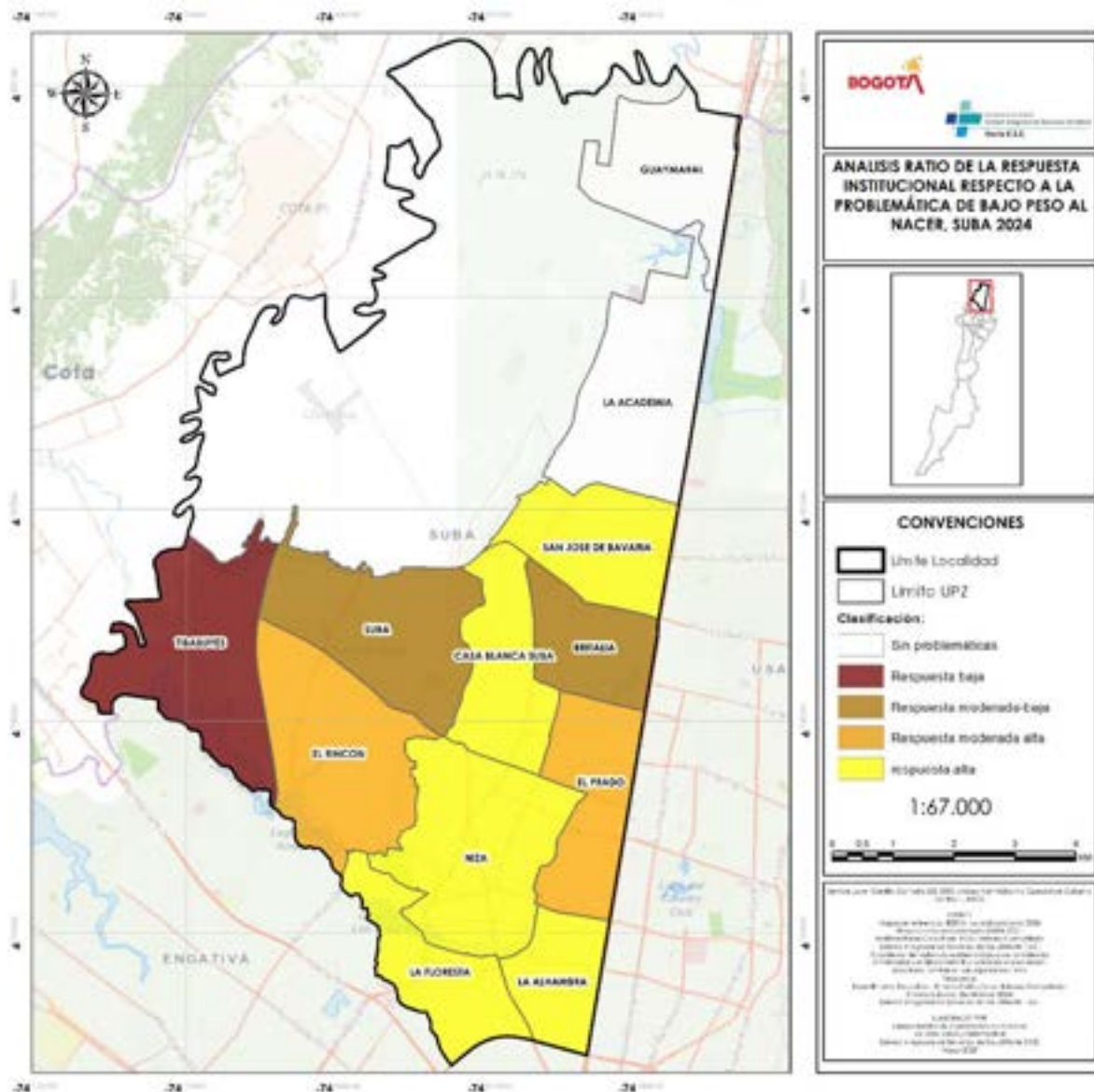
Cabe destacar que una de las problemáticas relevantes en salud pública identificadas en la localidad está relacionada con el bajo peso al nacer, se observó que solo las UPZ Guaymaral y La Academia no registraron casos durante el periodo evaluado. En contraste, en las UPZ San José de Bavaria, Casa Blanca Suba, Niza, La Floresta y La Alhambra, si bien se reportaron casos, se identificó una respuesta institucional alta y suficiente frente a la problemática, lo que sugiere una adecuada capacidad de reacción desde los diferentes entornos de salud pública.

Por su parte, las UPZ El Prado y El Rincón presentaron una respuesta moderada alta, lo cual refleja una atención proporcional y efectiva. En cambio, las UPZ Britalia y Suba mostraron una respuesta moderada baja, lo que plantea oportunidades de mejora en la articulación y alcance de las acciones implementadas. La situación más crítica se presenta en la UPZ Tibabuyes, donde se evidencia una respuesta institucional baja frente a una problemática relevante, lo que requiere atención prioritaria (ver **Mapa 8**).

Con respecto a las acciones, programas y estrategias desarrolladas por los Entornos y Procesos encaminadas a responder a la problemática nutricional en la localidad, se encuentra el Entorno Educativo que ha desarrollado en instituciones educativas, intervenciones colectivas con el Programa Jardín Saludable impulsando acciones orientadas al desarrollo

infantil en el cual se abordan temáticas relacionadas con la alimentación, nutrición, desnutrición aguda entre otros temas. Otra de las estrategias es el desarrollo de tamizaje nutricional y visual auditivos desarrollados por auxiliares de enfermería que se desplazan a los establecimientos educativos para la toma de peso y talla de los niños, según el resultado se establece contacto telefónico con los padres o cuidadores y se le informa la actividad que se realizó y el riesgo encontrado (79). Por su parte el Entorno Institucional se enfoca en la consolidación de información y articulación sectorial e intersectorial para garantizar la atención de calidad y oportuna a la población menor de 5 años identificada con desnutrición aguda (80).

Mapa 8. Análisis ratio de la respuesta institucional respecto a la problemática de Bajo Peso al Nacer, Suba 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, Base SISVESO, Bases Entorno Educativo, Entorno Institucional, Efectividad EBE-H, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Con respecto a la salud de las gestantes, desde el Entorno Educativo se ha brindado acompañamiento a estudiantes gestantes, lactantes y en paternidad temprana en colegios, instituciones de formación y universidades, priorizando a menores de 19 años. Esta acción busca mitigar los riesgos asociados a la maternidad temprana, promoviendo el apoyo familiar y comunitario.

“La alimentación poco saludable por la que pasan las gestantes de debido a barreras de acceso es lo que propaga la mal nutrición en las mujeres lo que puede conllevar a una mal nutrición de los mejores, sin embargo, desde el sector salud se continúa educando en una buena alimentación, y la falta de controles prenatales en especial para las mujeres no aseguradas hace que se incrementen los riesgos no solo de la madre sino del menor” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

De igual forma, el Entorno Institucional ha realizado sesiones educativas y promocionales sobre gestación, parto y puerperio, especialmente en instituciones de protección de adolescentes gestantes y lactantes.

Desde Vigilancia en Salud Pública -VSP- a través de las Investigaciones Epidemiológicas de Campo -IEC- se llevan a cabo procesos de caracterización y seguimiento a Gestantes, garantizando información sobre los cuidados y estado de la madre para garantizar la vida y buen estado de la gestante y el feto. EBE-H que a través de la caracterización de familias cada a casa logra identificar los riesgos e intervenir con los equipos médicos y remitir a las EAPB en caso de identificar riesgos. Por último, el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral – SISVESO con acciones de promoción y prevención de la salud oral que a su vez garantiza alimentación adecuada.

En la localidad se ha fortalecido la respuesta institucional e intersectorial para atender la salud materno-infantil, especialmente en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba. La SDS ha implementado la estrategia IAMII, con acciones centradas en la atención preconcepcional, el seguimiento a controles prenatales desde el primer trimestre, la evaluación del estado nutricional de las gestantes y el fortalecimiento técnico del personal de salud. Estas actividades se han desarrollado en IPS ubicadas en las UPZ Suba, La Floresta, El Prado, La Alhambra y El Rincón, e incluyen revisión de historias clínicas, asesoría nutricional, educación sobre alimentación balanceada, promoción de la lactancia materna exclusiva y controles postnatales con seguimiento a niños nacidos con bajo peso al nacer.

Asimismo, se han implementado jornadas de fortalecimiento institucional, sensibilización y acompañamiento técnico a los servicios de salud, en articulación con las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS-, priorizando la dignificación de la atención médica y la promoción del bienestar de las mujeres gestantes. En ese mismo sentido, se creó el Decálogo Preconcepcional “Bienestar para Dar Vida”, como herramienta educativa desarrollada en alianza entre la Subdirección de Juventud de Integración Social y la Fundación Oriéntame, y que fue socializado en la UPZ Tibabuyes con el fin de promover la preparación adecuada para la maternidad.

Desde VSP, las UPGD han venido realizando intervenciones epidemiológicas de campo frente a los casos de mortalidad perinatal registrados en el SIVIGILA, lo que ha permitido un abordaje territorial más preciso y la identificación de riesgos según el lugar de residencia. También se ha llevado a cabo la caracterización del estado alimentario y nutricional de mujeres gestantes residentes en la Subred Norte, en articulación con la Política del componente de Seguridad Alimentaria y Nutricional, desarrollando encuentros de apoyo a la lactancia materna con grupos focales de mujeres.

“La alta tasa de obesidad en mujeres gestantes, lo que contribuye a complicaciones como el bajo peso al nacer y otros problemas de salud en los recién nacidos. Además, se destacó que la desnutrición infantil, especialmente en menores de cinco años, es un desafío que debe ser abordado de manera urgente. El acceso a servicios de salud nutricional y la educación en hábitos alimenticios fueron identificados como áreas clave de mejora. Sin embargo, también se destacó que, a pesar de existir normativas que promueven una mejor alimentación y atención a la población gestante, la implementación de estas políticas aún es deficiente en la localidad” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Desde el componente comunitario e intersectorial, se han articulado estrategias territoriales que fortalecen la atención integral a poblaciones priorizadas. Una de ellas es el servicio “Creciendo Juntos” de la Secretaría Distrital de Integración Social -SDIS-, implementado en jardines infantiles y unidades operativas, donde se brinda atención educativa, nutricional y psicosocial a niñas y niños con discapacidad o alteraciones en el desarrollo, así como a gestantes, mediante equipos interdisciplinarios que operan directamente en los territorios. Por su parte, la Universidad de los Andes, a través del programa “Semillas de Apego”, ha trabajado con agentes comunitarios y familias en contextos de alta vulnerabilidad en la localidad, ofreciendo acompañamiento psicosocial grupal y fortalecimiento de los vínculos afectivos durante la primera infancia. Finalmente, la entrega de bonos alimentarios, coordinada por entidades distritales en articulación con organizaciones sociales, se ha desarrollado en puntos focalizados de la localidad, beneficiando a mujeres gestantes en situación de pobreza, con el fin de mejorar su estado nutricional y disminuir el riesgo de bajo peso al nacer (81) (82) (83) (84).

Otra de las problemáticas en salud pública identificadas en la localidad, está relacionada con los eventos de mortalidad por cáncer de mama y cérvix y por enfermedades del sistema circulatorio, ambas causas relevantes por su alta carga de enfermedad y su relación con factores prevenibles.

En relación con la mortalidad por cáncer de mama y cérvix, los registros disponibles muestran casos únicamente en las UPZ Tibabuyes y Verbenal. Debido a la baja ocurrencia de los eventos, no fue posible realizar un análisis de suficiencia institucional frente a la problemática en estos sectores. No obstante, la aparición de estos casos, aunque aislados, evidencian la necesidad de reforzar las acciones de detección temprana, educación para la salud y seguimiento a mujeres con factores de riesgo, especialmente a partir de los 40 años, con énfasis en aquellas que presentan antecedentes familiares de cáncer, exposición a terapias hormonales prolongadas, inicio temprano de la menstruación, menopausia tardía, obesidad, sedentarismo y consumo de alcohol.

De otro lado, la vigilancia epidemiológica del cáncer de mama y cérvix ha sido fortalecida a través del trabajo de las Unidades Primarias Generadoras de Datos -UPGD- y las Unidades Informadoras -UI-, quienes desempeñan un papel esencial en la notificación y seguimiento de casos, aunque estos avances en vigilancia han sido importantes, todavía es necesario seguir fortaleciendo el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento en algunas zonas de la localidad. Esta recolección sistemática de datos permite analizar la incidencia y prevalencia de estas enfermedades en mujeres, facilitando la planificación y evaluación de las estrategias de prevención y control implementadas.

El Subsistema de VSP, mediante las UPGD y UI, ha permitido mantener una vigilancia activa de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas el cáncer de cuello uterino y de mama, lo que contribuye a la toma de decisiones informadas desde el sector salud. Adicionalmente, estas unidades han realizado intervenciones epidemiológicas de campo para casos relacionados con sífilis gestacional, lo cual, aunque vinculado a otra problemática, demuestra la capacidad técnica y operativa existente para actuar ante condiciones de salud que afectan a las mujeres, especialmente en poblaciones jóvenes y vulnerables.

Estas acciones responden directamente a la responsabilidad de la Secretaría Distrital de Salud como actor principal, fortaleciendo el componente de detección y respuesta temprana desde la vigilancia en salud pública. A ello se suman las estrategias desarrolladas desde las acciones colectivas de los entornos cuidadores, que brindan asesorías y espacios de educación para la salud dirigidos a la prevención del cáncer de mama, cuello uterino y otras enfermedades crónicas, promoviendo el autocuidado y la consulta oportuna. En conjunto, estas intervenciones permiten avanzar en la comprensión del comportamiento del cáncer en los territorios y fortalecer la capacidad de respuesta comunitaria (85).

En relación con el comportamiento espacial de los casos de cáncer de mama y de cuello uterino, se observa que no se reportaron casos en la UPZ La Academia. En contraste, las UPZ Guaymaral, San José de Bavaria, Casa Blanca Suba, Niza y Tibabuyes presentan una respuesta institucional alta frente a esta problemática, lo cual resulta coherente en zonas como Tibabuyes, donde la ocurrencia de casos ha sido elevada.

Por otro lado, las UPZ La Floresta y La Alhambra evidencian una respuesta institucional moderadamente alta, lo que sugiere una adecuada suficiencia de las acciones frente a la magnitud del problema. En cambio, las UPZ El Rincón y Suba registran una respuesta moderadamente baja, situación que genera preocupación, especialmente en El Rincón y Suba que ocupan el primer y tercer lugar en cuanto a cantidad de casos se refiere. Esta disparidad entre la ocurrencia del evento y la intensidad de la respuesta institucional destaca la necesidad de redoblar esfuerzos en estas áreas.

Por su parte, las UPZ El Prado y Britalia muestran una respuesta institucional baja. Aunque esto podría explicarse parcialmente por los altos niveles de estratificación socioeconómica, lo cual suele correlacionarse con mayor poder adquisitivo y por ende una menor demanda de servicios públicos, la situación plantea la urgencia de fortalecer estrategias de autocuidado y detección temprana, con el fin de prevenir nuevos casos (ver **Mapa 9**).

En cuanto a las enfermedades del sistema circulatorio, nuevamente no se registraron casos en la UPZ La Academia, lo que podría estar relacionado con una baja densidad poblacional o con una baja notificación de los eventos. En contraste, las UPZ Guaymaral, San José de

Bavaria, Casa Blanca Suba, El Rincón y Tibabuyes presentan una respuesta institucional alta. En la UPZ como Guaymaral, la baja densidad poblacional junto con la baja ocurrencia, hace que la respuesta supere proporcionalmente la magnitud de la problemática.

Aunque la mayor cantidad de casos se concentra en las UPZ Tibabuyes y El Rincón, la respuesta desde los Entornos y Procesos Transversales ha sido robusta en algunos territorios priorizados y en acciones de promoción, como es el caso de las UPZ Suba y La Alhambra, que muestran una respuesta moderadamente alta, lo que sugiere una relación aceptable entre la incidencia del evento y las acciones implementadas.

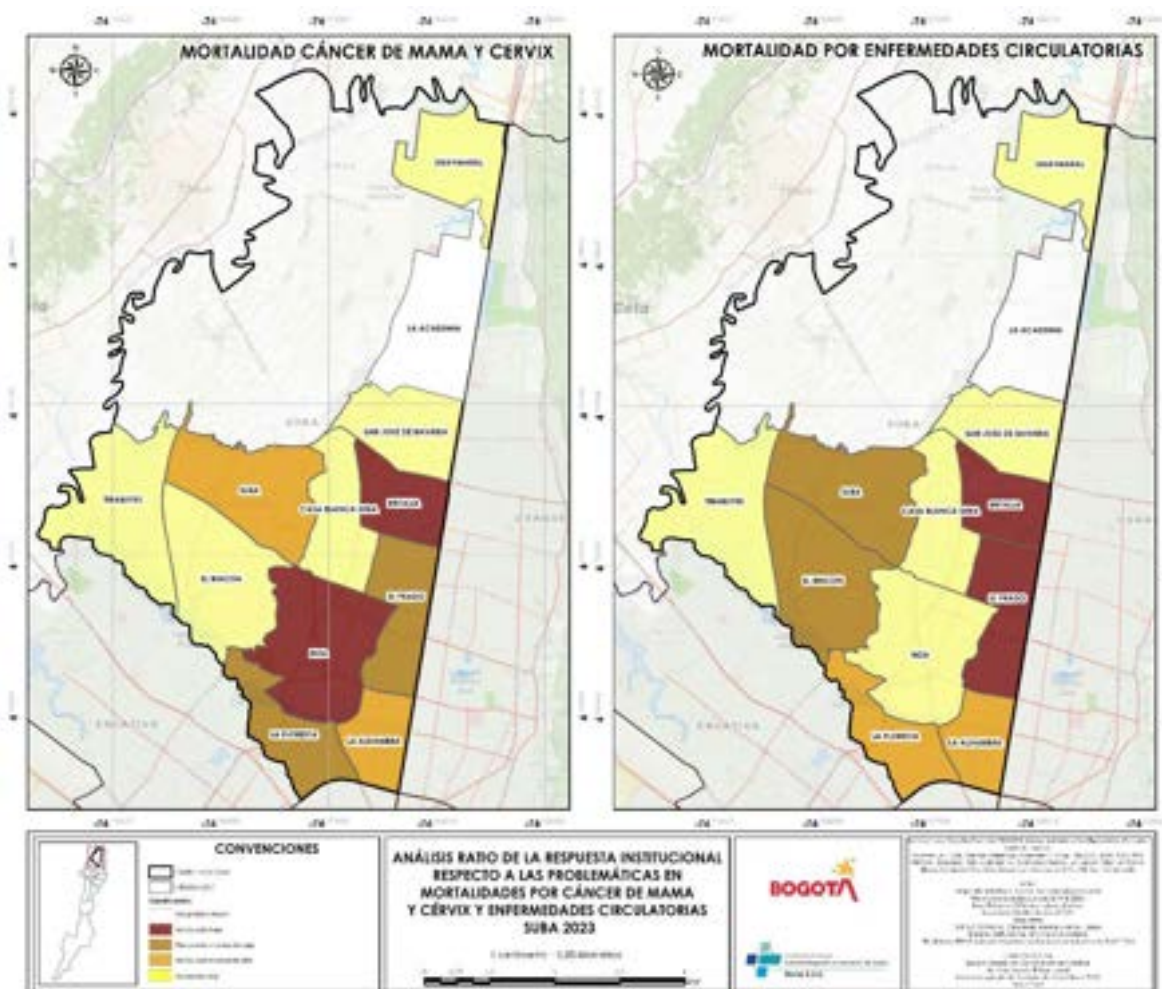
Sin embargo, las UPZ Niza y Britalia evidencian una respuesta moderadamente baja, lo cual pone de manifiesto la necesidad de reforzar las acciones de promoción de la salud cardiovascular, así como de diseñar e implementar estrategias intersectoriales que fortalezcan la prevención y el manejo del riesgo, especialmente en población adulta y adulta mayor (ver **Mapa 9**). Por tanto, todavía hay comunidades donde las condiciones sociales, económicas o territoriales dificultan que las personas accedan de manera oportuna a la atención que necesitan y puedan mantenerse dentro del proceso de cuidado.

Desde el Entorno Laboral, se desarrollaron asesorías orientadas a la promoción del cuidado de la salud con trabajadores de las UTI, aprovechando la información recolectada sobre su condición de salud para diseñar intervenciones personalizadas. Estas asesorías abordan temáticas clave como hábitos de vida saludable, factores de riesgo cardiovascular, salud mental, alimentación balanceada y prevención de enfermedades crónicas (86). Esta población, muchas veces excluida de servicios regulares de salud por su vinculación informal al trabajo, constituye un grupo prioritario para garantizar equidad en el acceso a intervenciones preventivas. Desde este entorno, se han desarrollado estrategias dirigidas a trabajadores de la economía informal, especialmente a través de asesorías en unidades de tratamiento intensivo, donde profesionales de enfermería han brindado orientación personalizada sobre factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles.

Por su parte, el Entorno Institucional quien ha venido liderando el desarrollo mensual de la Mesa de Condiciones Crónicas, un espacio intersectorial que busca generar procesos participativos con actores del territorio, ha convocado a líderes de Juntas de Acción Comunal -JAC-, personas con condiciones crónicas, organizaciones de base comunitaria, COPACOS y redes de personas cuidadoras, fomentando la gobernanza local en salud. Durante las sesiones, se socializan temas relacionados con signos de alarma, factores de riesgo, adherencia al tratamiento y alimentación saludable, promoviendo la construcción de capacidades colectivas en autocuidado y cuidado mutuo (80). De igual forma, se han llevado a cabo acciones educativas con personas institucionalizadas y sus cuidadores para la promoción de hábitos saludables y la prevención de condiciones crónicas.

Adicionalmente, interviene la estrategia de Vigilancia en Salud Pública -VSP- a través de Instituciones de Educación Superior -IES- que realizan seguimiento activo a personas con condiciones crónicas, con el fin de garantizar la continuidad de cuidados y fortalecer las rutas de atención.

Mapa 9. Análisis ratio de la respuesta institucional respecto a las problemáticas en mortalidades por cáncer de mama y cérvix y enfermedades circulatorias Suba 2024



Fuente: mapa de referencia IDECA actualizada junio 2024. Proyecciones poblacionales DANE 2024. Base Evitables 2024 ajustada “preliminar”. Secretaría Distrital de Salud 2024. VSP IEC Crónicos, Cáncer de mama y cérvix, Bases Entorno Institucional, Entorno Comunitario, Efectividad EBE-H, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. 2024

Por su parte, el Entorno Institucional ha venido liderando el desarrollo mensual de la Mesa de Condiciones Crónicas, un espacio intersectorial que busca generar procesos participativos con actores del territorio. Esta mesa ha convocado a líderes de Juntas de Acción Comunal - JAC-, personas con condiciones crónicas, organizaciones de base comunitaria, COPACOS y redes de personas cuidadoras, fomentando la gobernanza local en salud. Durante las sesiones, se han socializado temas relacionados con signos de alarma, factores de riesgo, adherencia al tratamiento y alimentación saludable, promoviendo la construcción de capacidades colectivas en autocuidado y cuidado mutuo. De igual forma, se han llevado a cabo acciones educativas con personas institucionalizadas y sus cuidadores para la promoción de hábitos saludables y la prevención de condiciones crónicas.

De igual forma, EBE-H cumplen un rol fundamental mediante su enfoque territorial y comunitario. A través de su intervención casa a casa, identifican a las personas con condiciones crónicas, valoran su estado de salud, y gestionan su inclusión en rutas de atención, ya sea por medio del programa Médico en Casa o mediante canalización a la UPGD. Este abordaje cercano facilita el seguimiento individualizado y mejora la adherencia a tratamientos, especialmente en población de difícil acceso al sistema de salud convencional.

Por su parte, desde el componente de Vigilancia en Salud Pública, el Subsistema de Enfermedades Crónicas No Transmisibles ha mantenido una vigilancia activa sobre patologías como hipertensión arterial y diabetes, mediante el seguimiento de casos y la generación de alertas territoriales. De manera complementaria, desde el componente de Promoción de la Salud y Gestión del Riesgo, se han desarrollado campañas educativas y comunitarias como la Semana Mundial de la Lactancia Materna, que en 2024 incluyó actividades intersectoriales en el Centro Comercial Fiesta Suba dirigidas a gestantes y lactantes. Estas iniciativas se han desplegado en escenarios de alta afluencia para facilitar el acceso a la información y fomentar hábitos saludables en la comunidad.

“Fortalecer estrategias de promoción del autocuidado y prevención de enfermedades circulatorias, con énfasis en la educación sobre hábitos saludables, el acceso oportuno a controles médicos y la reducción de barreras en los servicios de salud. Es fundamental articular acciones comunitarias e intersectoriales en las UPZ El Rincón, Tibabuyes y Suba para fomentar la actividad física, la alimentación saludable y la detección temprana, disminuyendo así el riesgo de complicaciones y la carga sobre el sistema de salud” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Desde el marco del Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional, se han generado compromisos mensuales para informar y educar a la población sobre la prevención y manejo adecuado de enfermedades crónicas no transmisibles, así como de la malnutrición, ya sea por exceso o déficit. Estas actividades se han desarrollado en articulación con entidades como el ICBF, IDRD, la Secretaría de Integración Social y la comunidad organizada, cubriendo sectores como Tibabuyes, Rincón, Prado Pinzón y Mirandela. A través de estas estrategias, se ha logrado llegar a diferentes grupos poblacionales con mensajes y prácticas que promueven la alimentación sana, la actividad física y el autocuidado.

De manera general, se ha promovido la adopción de hábitos de vida saludable en la comunidad, fomentando prácticas que contribuyen al bienestar general. Asimismo, se han implementado asesorías de promoción del cuidado de la salud, brindando herramientas y conocimientos para que las personas fortalezcan sus prácticas de autocuidado. Estas acciones han estado dirigidas especialmente a población en MCV adultez y vejez, con énfasis en la prevención de enfermedades circulatorias que tienen alta prevalencia en territorios como El Rincón, Tibabuyes y Suba. También se ha trabajado en articulación con entidades del orden local y actores comunitarios para fomentar la seguridad alimentaria mediante huertas comunitarias, mercados campesinos y talleres prácticos de alimentación saludable, buscando mejorar el acceso a una nutrición adecuada y nutritiva en población vulnerable.

Frente a las enfermedades bucales, se han implementado intervenciones con el objetivo de reducir su prevalencia y mejorar la salud oral de la población, abarcando todos los momentos del curso de vida. Gran parte de estas acciones se ha desarrollado desde Entorno Escolar, promoviendo hábitos de higiene bucal entre niños, niñas y adolescentes. En este contexto, se

han realizado actividades educativas lúdicas dirigidas a escolares y docentes, orientadas a fortalecer capacidades en salud bucal y reforzar la técnica adecuada de cepillado dental.

Desde Vigilancia en Salud Pública -VSP, las Unidades Primarias Generadoras de Datos -UPGD- han notificado los casos asociados a los seis eventos del Subsistema de Vigilancia en Salud Oral -SISVESO: gingivitis, caries cavitacional, lesión mancha café, lesión mancha blanca, fluorosis y periodontitis. Asimismo, se han desarrollado intervenciones epidemiológicas de campo para estos eventos, lo que ha permitido mejorar el conocimiento sobre su comportamiento en el territorio y orientar respuestas específicas según el perfil de riesgo identificado.

“Es importante implementar la circular 0008 y la resolución 3280 que garantiza los derechos de la población al incluir tratamientos orales de acuerdo a las necesidades, de esta manera se eliminan barreras de acceso” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

En el Entorno Institucional, se ha fortalecido el componente educativo y preventivo a través del reconocimiento y caracterización de la salud bucal en personas institucionalizadas y sus cuidadores. Estas actividades han incluido el tamizaje de calidad del cepillado mediante sustancias reveladoras de placa bacteriana, seguido de sesiones de orientación sobre técnicas adecuadas de cepillado y otros temas priorizados según las condiciones detectadas en población en condición de vulnerabilidad.

Limitaciones

A pesar de los esfuerzos por abordar de manera integral los determinantes sociales que afectan la salud, aún persisten limitaciones importantes en la respuesta institucional. Una de las principales dificultades es la baja adherencia a los controles prenatales por parte de algunas gestantes, especialmente mujeres migrantes con estatus migratorio irregular, personas en situación de habitación en calle, mujeres indígenas o en condiciones de alta vulnerabilidad. Esta situación incrementa el riesgo de complicaciones maternas como preeclampsia, eclampsia y partos prematuros, así como de sífilis congénita, muertes perinatales y recién nacidos con bajo peso al nacer (87). Las causas de esta baja asistencia se relacionan con barreras territoriales y administrativas, pero también con otros factores como la percepción limitada del riesgo, la falta de humanización en la atención, la ausencia de un abordaje con pertinencia cultural, problemas de infraestructura y tiempos de espera prolongados.

Asimismo, se evidencian limitaciones en la cobertura de los programas de atención materno-infantil, especialmente en contextos de alta demanda como las UPZ Tibabuyes, Suba y El Rincón, donde persiste una brecha entre las necesidades de la población y la capacidad operativa de las instituciones. Esta situación puede derivar en una atención fragmentada o tardía, afectando la oportunidad y la continuidad del cuidado.

Por otro lado, aunque existen esfuerzos intersectoriales en curso, se requiere una mayor articulación entre las entidades responsables de la atención materno-infantil. Persisten desafíos en la coordinación entre actores como la SDS, la SDM, la SDIS y la Alcaldía Local, lo cual limita la integralidad de la respuesta y dificulta el seguimiento articulado de los casos más complejos.

Pese al trabajo técnico de vigilancia realizado por las UPGD y las UI, persisten barreras estructurales que afectan la prevención, detección y atención del cáncer de mama y cérvix. Estas unidades cumplen un papel importante en el seguimiento de los casos, pero todavía hace falta que estos esfuerzos se vean reflejados en un acceso más fácil y oportuno a los servicios para todas las mujeres en la localidad.

Además, la cobertura de los programas de prevención y atención aún resulta limitada frente a la magnitud del problema, lo que reduce el alcance y el impacto de las intervenciones institucionales. Esto limita las posibilidades de identificar a tiempo lesiones precancerosas o estadios tempranos de la enfermedad, lo cual es fundamental para mejorar el pronóstico y calidad de vida de las pacientes. Esto limita las posibilidades de identificar a tiempo lesiones precancerosas o estadios tempranos de la enfermedad que son clave para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las pacientes.

Durante el año 2024 se notificaron 315 casos nuevos confirmados de cáncer de cuello uterino en mujeres residentes en la localidad de Suba. El 62,6 % de ellas tuvo una oportunidad alta para el inicio del tratamiento, sin embargo, en el 23,6 % de los casos esta oportunidad fue media y en el 13,7 % fue baja (88). Aunque existen programas de tamizaje para la detección de esta enfermedad, persisten barreras estructurales, socioculturales y psicológicas que limitan el diagnóstico y el seguimiento, especialmente en mujeres en situación de vulnerabilidad. Por tanto, es fundamental prestar atención a los casos con oportunidad media o baja de tratamiento, ya que esto puede incrementar el riesgo de mortalidad. Las fallas del sistema, la desinformación, el miedo y la falta de redes de apoyo reflejan cómo las desigualdades influyen en el acceso efectivo a la salud (89).

De igual forma, la articulación entre los distintos actores del sector salud y otros sectores aún presenta deficiencias. A pesar del rol clave que cumple la Subred Norte a través del componente de vigilancia, no se reportan acciones coordinadas con otros actores comunitarios, que podrían contribuir al fortalecimiento de campañas de educación, sensibilización o acompañamiento psicosocial a las mujeres afectadas. Esta falta de una respuesta integral y multidimensional limita la efectividad del abordaje y profundiza la desigualdad en el acceso a servicios de salud de calidad para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mujeres con cáncer de cuello uterino o de mama en Suba.

“La salud materno perinatal de la mujer es importante quitar las barreras de acceso frente a los controles prenatales independientemente de un régimen de afiliación, pues no se puede solo atender el evento cuando hay que brindar atención de la mujer y del su hijo, igualmente manejo de una buena educación de lactancia materna que es vital en los controles prenatales para estimular la buena nutrición de los menores, y si se cuenta una barrera de aseguramiento no se pueden dar acciones de educación” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Para el caso de la respuesta a las enfermedades circulatorias, uno de los principales problemas identificados es el acceso desigual a los servicios de salud por parte de la población más vulnerable, lo que obstaculiza tanto la atención oportuna como el seguimiento continuo de los casos detectados. Esta situación se agrava en sectores con mayores barreras geográficas, económicas o administrativas, dificultando el control y tratamiento de condiciones crónicas como hipertensión o diabetes.

Adicionalmente, aunque existe una estrategia de vigilancia y acciones educativas, se evidencia una falta de seguimiento sistemático a los casos identificados, lo que compromete la continuidad del cuidado y el logro de resultados sostenibles. Esto afecta directamente la capacidad del sistema para reducir complicaciones graves como infartos o accidentes cerebrovasculares, especialmente en adultos mayores y personas con dificultades de acceso al sistema de salud.

También se requiere fortalecer la articulación intersectorial, ya que, si bien se han generado alianzas para promover prácticas saludables, la coordinación entre las distintas entidades aún presenta vacíos que reducen el alcance y la sostenibilidad de las estrategias. Esta fragmentación limita la eficiencia del uso de recursos disponibles y dificulta la implementación de una respuesta integral que abarque desde la prevención hasta el tratamiento.

Persiste la necesidad de aumentar el conocimiento comunitario sobre los factores de riesgo y de generar mayor apropiación social frente al autocuidado, ya que en algunos sectores de la población aún prevalecen hábitos poco saludables y baja motivación para adoptar cambios que favorezcan la salud cardiovascular.

“Es importante armonizar la política pública de Ruralidad con las demás políticas. Actualmente se cuenta con esta política, pero no con instrumentos que den cuenta de la misma. No se cuenta con información desagregada o diferencial de la atención en salud para estas poblaciones. Se debe crear un instrumento para poder recoger la información necesaria para abordar de manera diferencial a la población” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

De acuerdo con lo anterior, se identifican diversas barreras, como la limitada oferta de servicios de salud en zonas rurales como Chorrillos y periurbanas -como por ejemplo toda la zona urbana que bordea la ronda del Río Bogotá-, así como las desigualdades socioeconómicas que dificultan el acceso a estos servicios. Esto contribuye al aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles, a problemas de salud mental y al deterioro de la calidad de vida de la población. Estas problemáticas evidencian la complejidad del acceso a la salud, donde factores económicos, sociales y geográficos están interrelacionados y generan consecuencias relevantes para los habitantes de la localidad.

En la promoción de la salud oral persisten barreras que afectan la eficacia y el alcance de las intervenciones. Uno de los principales desafíos es la falta de acceso a información clara y oportuna sobre salud bucodental en amplios sectores de la comunidad. Esta situación limita la adopción de hábitos preventivos y refuerza prácticas inadecuadas de cuidado personal, lo que a su vez incrementa la demanda de atención por afecciones odontológicas en los servicios de salud.

También se identifican limitaciones en la cobertura de los programas de prevención, especialmente en población adulta y mayor, cuya inclusión no siempre es priorizada en las campañas o sesiones educativas. Esta brecha reduce el impacto general de la estrategia, al no lograr una intervención equitativa en todos los segmentos de la población.

“Las intervenciones relacionadas con salud oral, son temáticas que presentan en su mayoría barreras de acceso y cultural para la apropiación y para la identificación del

riesgo, y todo lo que puede llevar al mal manejo de las acciones preventivas de salud oral” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Además, aunque existen acciones desarrolladas desde diferentes sectores, aún se requiere una mayor articulación institucional para consolidar un enfoque integral. La falta de una coordinación fluida entre las entidades responsables dificulta la sostenibilidad de las intervenciones, así como su adaptación a las particularidades territoriales. Superar esta fragmentación resulta clave para garantizar una atención en salud bucal más efectiva y con mayor capacidad de respuesta ante las necesidades locales.

4.1.2 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

Avances

El consumo de SPA es una de las problemáticas más reportadas por la comunidad, debido al impacto que tiene en la percepción de seguridad del entorno. Su práctica frecuente en espacios públicos, especialmente parques, genera un efecto disuasorio en la comunidad, que tiende a replegarse de estos lugares, limitando el uso del espacio para actividades recreativas familiares y físicas.

En la localidad de Suba, esta problemática ha sido identificada en cuatro UPZ: Tibabuyes, El Rincón, Casa Blanca Suba y Britalia. En cuanto a la correlación existente entre la problemática y las acciones de respuesta impulsadas desde los Procesos y Entornos de salud pública, se observa una correspondencia favorable en las UPZ Casa Blanca Suba y Britalia, donde la respuesta institucional es alta, superando la magnitud de la problemática. En Tibabuyes, la respuesta es media alta, lo que sugiere una relación directa entre la presencia del problema y el despliegue de acciones institucionales. Sin embargo, en El Rincón se evidencia una respuesta media baja, lo que podría indicar un desfase entre la intensidad de la problemática y las intervenciones realizadas (ver **Mapa 10**).

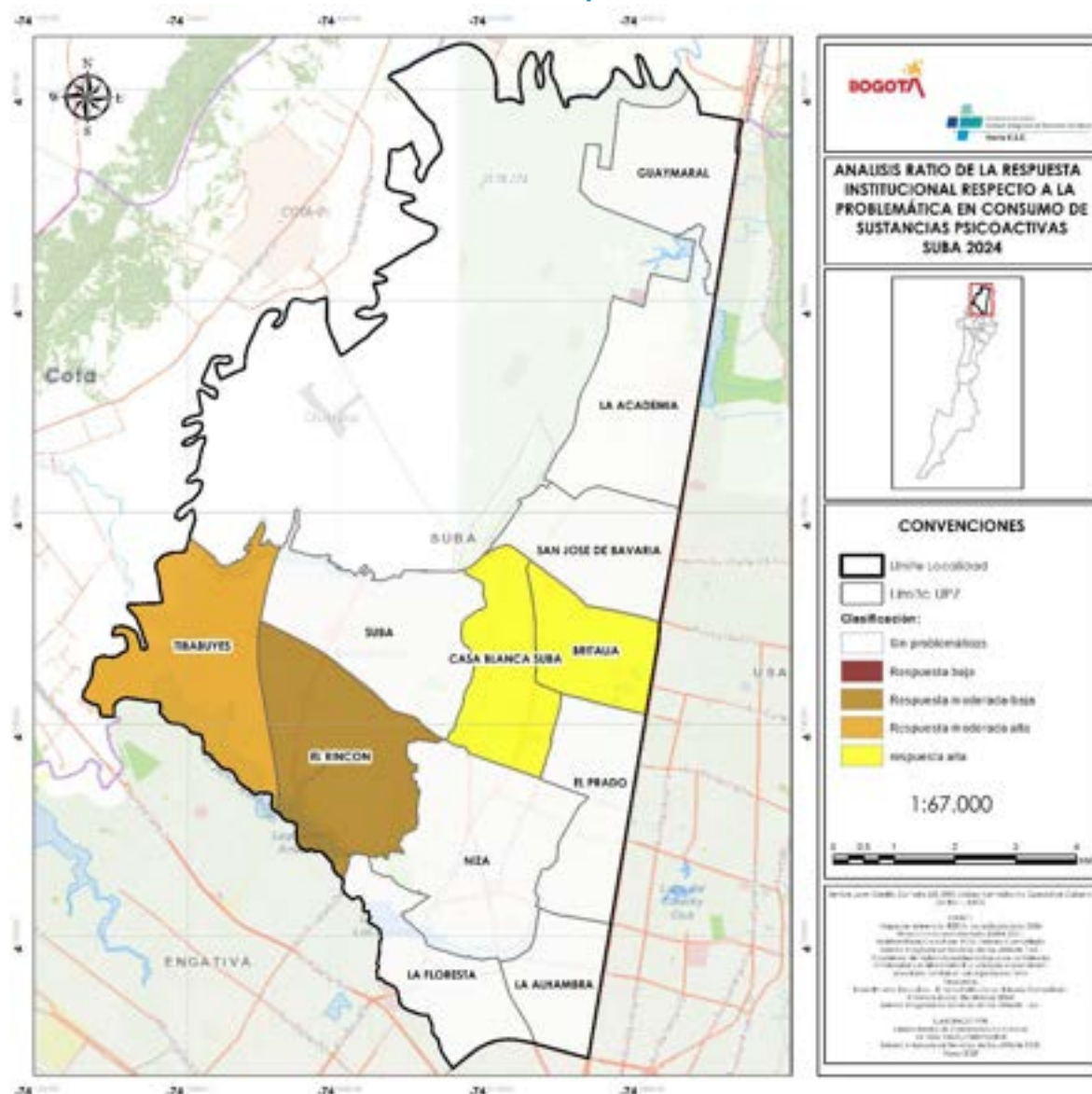
Es relevante destacar que en ninguna UPZ se registró una respuesta baja, lo que sería indicativo de una situación crítica que requeriría una intervención urgente. Este panorama sugiere que Suba, por ser la localidad más poblada de Bogotá y por concentrar múltiples problemáticas sociales, ha sido priorizada en la distribución de recursos institucionales, incluyendo las estrategias de salud pública. Estas acciones no solo han estado orientadas a la atención de eventos, sino también a la promoción y prevención como parte fundamental del abordaje integral.

Aunque El Rincón muestra una menor respuesta relativa frente al consumo de SPA, incrementar indiscriminadamente las acciones y equipos en esta UPZ podría no ser la estrategia más efectiva. Dado que los recursos institucionales son finitos, resulta más pertinente evaluar el impacto real de las intervenciones existentes, así como el nivel de adherencia de la comunidad a dichas acciones. En lugar de aumentar la cobertura sin una estrategia clara, es recomendable fortalecer la articulación intersectorial, de manera que se puedan consolidar rutas de trabajo común entre las distintas entidades. Esta coordinación puede generar un impacto más relevante que la ejecución múltiples acciones desarticuladas, especialmente frente a una problemática que no solo es de salud, sino también familiar, cultural y socioeconómica.

Las respuestas institucionales actuales se están ejecutando desde distintos entornos de salud pública como son:

- **Entorno Comunitario:** Con estrategias como “SPacios de Bienestar”, se realizan intervenciones diferenciales que tienen en cuenta los niveles de riesgo y la construcción de planes de bienestar. Estas acciones están guiadas por enfoques de derechos, territoriales e integrales, y consideran características como el curso de vida, el género, la etnia y la situación de discapacidad (90).

Mapa 10. Análisis ratio de la respuesta institucional respecto a la problemática en consumo de sustancias psicoactivas Suba 2024



violencia sexual -SIVIM Secretaría Distrital de Salud 2024 “preliminar”. Bases Entorno Educativo, Entorno Institucional, Entorno Comunitario, Entorno Laboral, Efectividad EBE-H Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

- **Entorno Educativo:** Se desarrolla un trabajo articulado con instituciones educativas, centrado en la salud mental del estudiantado, identificando riesgos en el consumo de SPA mediante el fortalecimiento de redes sociales de apoyo, entrevistas motivacionales, y acciones orientadas a la promoción de factores protectores y prevención de conductas de riesgo. Esta estrategia se articula directamente con “SPAcios de Bienestar” (79).
- **Entorno Institucional:** Se han implementado actividades de caracterización, valoración del riesgo y acceso a servicios en instituciones como centros penitenciarios, unidades de atención a habitantes de calle, el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) y Casas de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, entre otras. Estas acciones buscan garantizar el acceso a servicios de salud de personas con consumo problemático de SPA (80).
- **Entorno Laboral:** A través de las UTI, se brindan asesorías en salud mental, trabajo y género, violencia de género, y consumo de SPA en contextos laborales. Estas acciones son clave para abordar poblaciones que tradicionalmente tienen menos acceso a servicios preventivos (86).+
- **Equipos Básicos Extramurales – Hogar (EBE-H):** Realizan abordajes casa a casa, facilitando la identificación de situaciones de riesgo en salud pública dentro del núcleo familiar, así como la canalización efectiva hacia los servicios requeridos (91).

Durante el año 2024, se han desarrollado múltiples estrategias institucionales e intersectoriales para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas y reducir sus riesgos, con un enfoque especial en adolescentes, jóvenes, PSHC y ASP, especialmente en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba. La Alcaldía Local, en articulación con entidades como la SDS, SDIS, el Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal -IDIPRON- y la Policía Nacional, ha liderado intervenciones desde distintos entornos.

Desde el accionar de las políticas, se han realizado jornadas de sensibilización y prevención en el marco de estrategias como Jóvenes en Paz y la Mesa Cannábica, utilizando espacios recreativos para identificar y transformar zonas inseguras, al tiempo que se socializan las rutas de salud disponibles para consumidores de SPA. Estas actividades han fortalecido el conocimiento comunitario sobre los riesgos del consumo y han promovido la corresponsabilidad social en su prevención.

En el Entorno Comunitario, en articulación con entidades como IDIPRON y la SDIS, se han desarrollado acciones para la prevención y gestión del riesgo en salud dirigidas a personas en situación de habitabilidad en calle, población migrante y consumidores activos. Estas acciones incluyen educación en salud, identificación temprana de riesgos, aplicación de pruebas rápidas (VIH, sífilis y hepatitis B) y tamizajes generales, así como campañas sobre estilos de vida saludables, derechos en salud y rutas de denuncia. Estas intervenciones se acompañan de recorridos territoriales con enfoque diferencial y de la activación de rutas de atención intersectorial, lo que permite canalizar oportunamente a las personas hacia los servicios adecuados. Las acciones de atención clínica y rehabilitación son desarrolladas

posteriormente por los centros especializados de IDIPRON, SDIS y otras entidades del Distrito, en el marco de una estrategia articulada de atención integral.

“Más allá de los problemas inmediatos de salud, [...] las condiciones estructurales, como la pobreza, la inseguridad y los problemas de movilidad, afectan gravemente la calidad de vida de los habitantes de Suba [...], cómo la falta de empleo y la inestabilidad económica de muchas familias contribuyen a la perpetuación de la violencia y el consumo de sustancias [...]” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

En el Entorno Laboral, los profesionales en atención psicosocial han intervenido con asesorías dirigidas a personas vinculadas a ASP, promoviendo la resolución de conflictos, el buen trato y la prevención de conductas autolesivas. Por su parte, la SDIS ha implementado jornadas de autocuidado y acciones pedagógicas desde los Centros Forjar, enfocadas en adolescentes vinculados al sistema penal, promoviendo la corresponsabilidad familiar y procesos de reparación.

Además, otras entidades como el Instituto Distrital de Recreación y Deporte -IDRD-, con la estrategia “Escuelas de mi barrio”, y organizaciones comunitarias como las fundaciones Toma un Niño de la Mano y AVIPAZ, han aportado para el desarrollo de actividades de prevención, educación artística, acompañamiento psicosocial y procesos de rehabilitación, fomentando el uso adecuado del tiempo libre y el desarrollo integral.

Por otro lado, se ha fortalecido la respuesta institucional e intersectorial frente a la violencia intrafamiliar y de género, especialmente en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba, donde se concentra una alta incidencia de esta problemática. Las acciones han estado dirigidas principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes, y han contado con la participación de la SDS, la SDIS, la SDM, la Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia -SSCJ-, la Alcaldía Local, IDIPRON y la Policía Nacional.

Desde el Entorno Institucional, se han llevado a cabo acciones de prevención, identificación y atención de la VBG en espacios como las Casas de Igualdad de Oportunidades, y otras instituciones de protección para personas en situación de calle. La SDM ha liderado la estrategia “Justicia y Género” y ha brindado asesoría técnica y legal a mujeres víctimas, buscando eliminar las barreras de acceso a la justicia y evitar la revictimización, a través de atención especializada con enfoque de género, diferencial e interseccional.

En el Entorno Comunitario, se han desarrollado recorridos interinstitucionales, talleres de sensibilización, campañas informativas y tamizajes de salud. Estas acciones han incluido a Personas en Condición de Habitabilidad en Calle y personas LGBTIQ+, en articulación con entidades como la SDM, IDIPRON, la Alcaldía Local y la Policía Nacional. Se ha trabajado con los Comités Operativos Locales de Mujer y Género -COLMYG- para socializar los protocolos de atención integral, y se ha promovido la creación de rutas de atención intersectorial. Asimismo, el Centro de Escucha LGBTIQ+ ha brindado orientación psicosocial y asesoría sobre rutas de atención, cuidado de la salud mental y manejo emocional, articulando con entidades como la Fiscalía, la Personería y la Subdirección para Asuntos LGBTI. Esta estrategia ha tenido especial incidencia en las UPZ Tibabuyes, Suba y El Rincón.

Desde el Entorno Educativo, se realizaron sesiones colectivas de bienestar emocional dirigidas a estudiantes, promoviendo la escucha activa, la reflexión y el desarrollo de habilidades personales para mitigar los impactos de la violencia. Las metodologías utilizadas permitieron fortalecer los factores protectores y estrategias de afrontamiento. Además, desde GEPISP se realizaron asistencias técnicas y procesos de sensibilización en salas de espera de IPS y con personal de salud sobre violencias basadas en género. También se articuló con referentes de políticas locales para realizar orientación psicojurídica, abordando casos específicos en territorios como Tibabuyes, La Alhambra, Prado y El Rincón.

“La principal barrera es la mejora en la educación de las menores y de las familias para transformar la perspectiva cultural, pero sobre todo la educación en familia frente al manejo responsable de la salud sexual y el uso pertinente de los métodos de planificación familiar” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

En el Entorno Institucional, y en conjunto con la Casa de Justicia Ciudad Jardín Norte, se ha ofrecido orientación sobre prevención del delito, mecanismos formales y no formales para la resolución de conflictos, y acceso a información sobre derechos, especialmente a mujeres en situación de violencia.

Diversas entidades como la SDS, la SED, la SDM y la Alcaldía Local han impulsado acciones para enfrentar el embarazo temprano no planificado, especialmente en las UPZ El Rincón y Tibabuyes, donde esta problemática impacta a adolescentes entre los 10 y 14 años. Desde el Entorno Educativo, se ha brindado acompañamiento a estudiantes gestantes, lactantes y en paternidad temprana en colegios, instituciones de formación y universidades, priorizando menores de 19 años. Esta estrategia ha incluido orientación y apoyo tanto a los adolescentes como a sus familias, buscando mitigar los riesgos asociados a la maternidad y paternidad temprana y promover la continuidad educativa.

Desde el Entorno Institucional, se han desarrollado acciones promocionales y educativas en derechos sexuales y reproductivos, regulación de la fecundidad, prevención de infecciones de transmisión sexual y uso adecuado del condón masculino y femenino. Estas actividades han estado dirigidas a poblaciones priorizadas como adolescentes en instituciones de protección, habitantes de calle institucionalizados y mujeres privadas de la libertad, con énfasis en la prevención del embarazo adolescente.

En el Entorno Comunitario, el Centro de Escucha MujerESalud ha desarrollado tamizajes de VIH, sífilis y hepatitis B, así como asesorías en salud sexual y reproductiva, enfocadas en población con conductas de riesgo. Estas acciones se han realizado en espacios públicos, universidades y manzanas del cuidado, permitiendo un acercamiento territorial con mujeres adolescentes y jóvenes. Además, las UPGD han reportado 27 casos de sífilis gestacional en población adolescente durante el año 2024, de los cuales 10 pertenecen a la localidad de Suba. Esta información, registrada en el SIVIGILA, ha permitido realizar intervenciones epidemiológicas de campo, lo cual mejora la capacidad de respuesta ante situaciones de vulnerabilidad en salud sexual.

También se ha contado con el apoyo de organizaciones como la Fundación RED, que trabaja en la promoción de los derechos de los menores de edad y la prevención del abuso sexual

infantil y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. Esta entidad ha contribuido con herramientas formativas en coordinación con entidades públicas y privadas.

Limitaciones

El análisis espacial del consumo de SPA en Suba evidencia un panorama complejo, pero con una respuesta institucional activa y diversificada. No obstante, es necesario avanzar en la evaluación del impacto real de estas intervenciones, priorizar la eficiencia del gasto público y fortalecer la coordinación interinstitucional, asegurando que las acciones no solo estén presentes, sino que también logren transformaciones sostenibles en el tejido social de las UPZ afectadas.

La persistencia de zonas críticas de expendio de drogas en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba continúa representando un reto importante para las autoridades locales. Estas zonas no solo aumentan la exposición al consumo, sino que también agravan problemas de seguridad, deterioran el tejido social y normalizan prácticas que dificultan la prevención efectiva.

Pese a la diversidad y cobertura de las acciones implementadas, aún se presentan desafíos estructurales y operativos que limitan el impacto de la respuesta frente al consumo de SPA. Uno de los principales obstáculos es la falta de información precisa y actualizada sobre el consumo en la localidad, lo que dificulta la focalización adecuada de las intervenciones, así como la planificación de estrategias ajustadas al perfil del territorio y sus poblaciones específicas.

“El manejo de micro tráfico está más frecuentemente por falencias de instituciones que no son salud, sin embargo desde salud se fortalece la educación para el manejo de los jóvenes en sus tiempos y vida cotidiana, sin embargo el manejo debe ser a nivel familiar y no solo el riesgo individual” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Una de las principales limitaciones es la insuficiencia de recursos humanos, logísticos y financieros para garantizar una cobertura amplia y una atención continua de las personas víctimas de violencia de género. Esto restringe el alcance y la efectividad de las acciones implementadas, especialmente en territorios con alta demanda.

Adicionalmente, aún existe desconocimiento en la comunidad sobre las rutas de atención y los servicios disponibles, lo que, sumado a los estigmas sociales y el temor a la revictimización, impide que muchas mujeres accedan oportunamente a los mecanismos de protección. La falta de una respuesta efectiva en algunas líneas de atención también ha generado desconfianza hacia las instituciones, debilitando la credibilidad de la oferta institucional.

Otra dificultad radica en la cobertura de los programas preventivos. Aunque existen espacios como las Casas de Igualdad y los centros educativos, estas estrategias no alcanzan a todas las mujeres jóvenes y adolescentes en riesgo, lo que limita su capacidad para transformar entornos violentos o prevenir la reincidencia de casos.

“[...] la población muchas veces refiere que no contestan o no tienen la oportunidad de comunicarse con las mismas ya sea porque están ocupadas o por pocos profesionales que atiendan dichas líneas” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

“La violencia, tanto intrafamiliar como en espacios públicos, es un desafío persistente en Suba. La falta de oportunidades económicas, la pobreza y la inseguridad contribuyen directamente a la violencia que afecta a los niños y adolescentes” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Por último, la articulación intersectorial —aunque fortalecida en algunos espacios como las mesas de habitabilidad en calle y de salud mental— aún presenta desafíos en la implementación operativa de acciones conjuntas. Si bien existen rutas y mecanismos de coordinación entre actores como la Subred Norte, la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría de Integración Social, IDIPRON, ICBF, Policía, Comisarías de Familia y el sector justicia, estos no siempre logran garantizar la continuidad de los procesos, la integralidad en la atención ni la eficiencia en la derivación y seguimiento de casos complejos. En el territorio, se espera que dicha articulación se consolide mediante acuerdos operativos, protocolos conjuntos y canales estables de comunicación, que permitan brindar respuestas más oportunas y coordinadas, especialmente en situaciones de violencia, salud mental, habitabilidad en calle y protección de derechos.

Aunque se han logrado avances importantes, persisten barreras estructurales que limitan la efectividad de la respuesta frente al embarazo en adolescentes. Una de las principales limitaciones es la falta de acceso efectivo y sistemático a la Educación Sexual Integral -ESI- en las instituciones educativas, lo cual impide que niñas, niños y adolescentes desarrollen conocimientos y habilidades necesarias para la toma de decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

Asimismo, existe un acceso limitado a métodos anticonceptivos, particularmente en población adolescente de mayor vulnerabilidad, lo que reduce las posibilidades de prevención efectiva. Esta limitación se agudiza en contextos marcados por desigualdad de género, violencia sexual, pobreza y entornos familiares inestables.

“Pienso que no es falta de oportunidad o acceso a estos servicios si no que la población muchas veces no se interesa en tener un método anticonceptivo ya que las familias muchas veces piensan que si les dan a conocer estos en edades jóvenes la está incentivando a que tenga relaciones [...] más por falta de conocimiento de los padres y muchas veces de las instituciones educativas no permiten que se genere esta educación por tabús [...]” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Otra barrera identificada está relacionada con la cobertura insuficiente de los programas de prevención, orientación y atención. A pesar de que existen iniciativas en distintos entornos, estas no logran tener un alcance amplio y sostenido en todos los sectores poblacionales afectados. En consecuencia, muchas adolescentes continúan enfrentando el embarazo temprano como una realidad sin acompañamiento oportuno ni protección institucional integral.

“La principal barrera es la mejora en la educación de las menores y de las familias para transformar la perspectiva cultural, pero sobre todo la educación en familia frente al manejo responsable de la salud sexual y el uso pertinente de los métodos de planificación familiar” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Finalmente, aunque hay acciones intersectoriales en marcha, se evidencia la necesidad de fortalecer aún más la articulación entre las entidades responsables, para garantizar una respuesta coherente, eficiente y centrada en los derechos de las niñas y adolescentes. Esta articulación debe permitir el abordaje integral de la problemática, desde la prevención hasta la atención psicosocial, educativa y en salud, asegurando también la inclusión de las familias en los procesos de intervención.

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

Avances

Diversas entidades del nivel local y nacional han implementado estrategias intersectoriales orientadas por políticas públicas para abordar las necesidades de poblaciones diferenciales como personas migrantes, PCHC, VCA, personas LGBTQ+, personas con ASP, recicladores y población rural de Chorrillos. Estas políticas —como la Política Pública de Habitabilidad en Calle, la Política LGBTQ+2021–2032 o la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género— establecen directrices de gestión desde la gobernanza intersectorial, que permiten coordinar la acción institucional.

Desde los distintos entornos de intervención —como el Entorno Institucional y el Entorno Comunitario— se operativizan estas políticas mediante acciones concretas: diligenciamiento de bases de datos sobre barreras de acceso, tamizajes, rutas de atención diferencial, asesorías en derechos y articulación con servicios sociales. Esta articulación entre las políticas públicas que gestionan y los entornos que ejecutan, permite una respuesta más eficaz, adaptada a las condiciones del territorio y centrada en el cierre de brechas para poblaciones históricamente excluidas.

En consecuencia, estas acciones han sido posibles gracias a procesos de articulación normativa y territorial en el marco de políticas públicas distritales y nacionales, como la Política Pública de Acogida, Inclusión y Desarrollo para los Nuevos Bogotanos, la Política de Actividades Sexuales Pagadas y la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, entre otras. Esto refleja avances en la coordinación entre sectores para construir respuestas más integrales, sostenibles y con enfoque diferencial.

“Se incluya en los planes de acción de diferentes instancias de participación y de entidades la zona rural de Suba - Chorrillos donde se realicen jornadas preventivas en salud y se realice fortalecimiento de capacidades [...] Articular con los demás sectores para que se identifiquen líderes y organizaciones sociales de las poblaciones mencionadas para realizar fortalecimiento en temas de participación y liderazgo” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Desde el Ministerio de Salud y Protección Social, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas -PAPSIVI- ha contribuido con acciones orientadas a la atención integral de víctimas del conflicto armado. Por su parte, el Gobierno nacional, a través de la Dirección de Derechos Humanos, ha liderado procesos de formación en promoción y educación en derechos humanos, dirigidos a ciudadanos, fuerza pública, servidores públicos y personas privadas de la libertad, con el fin de fomentar una cultura de respeto e inclusión.

A nivel territorial, la Secretaría Distrital de Integración Social ha puesto en marcha estrategias como la Casa LGBTI Laura Weinstein, ofreciendo orientación psicosocial y jurídica a personas de los sectores sociales LGBTI y sus redes de apoyo, y la Unidad contra la Discriminación, que brinda acompañamiento socio jurídico en casos de violencia basada en discriminación. También se ha implementado la estrategia para la prevención del fenómeno de habitabilidad en calle, enfocada en la mitigación de riesgos y el fortalecimiento de redes de apoyo.

Desde la Secretaría de la Mujer se han establecido dos Manzanas del Cuidado en la localidad, Fontanar del Río y La Gaitana, con servicios orientados a mujeres cuidadoras, personas mayores, niños, niñas y personas con discapacidad. Estas manzanas ofrecen educación flexible, rutas de empleo, orientación psicosocial y jurídica, programas culturales, recreativos y de bienestar. Asimismo, el Centro Integral a la Población Migrante en el barrio Pinar, gestionado por la SDIS, brinda atención diaria a cerca de 50 personas con servicios de capacitación en emprendimiento, referenciación a servicios sociales, orientación jurídica y psicosocial, vacunación y acompañamiento en procesos de regularización, en articulación con entidades como la Secretaría de Desarrollo Económico, la Secretaría de Cultura, la Secretaría de la Mujer, el SENA, el IPES y el Ministerio del Trabajo, entre otros.

Desde el Entorno Comunitario se reconoce la importancia de atender a las poblaciones diferenciales, como PSCH, migrantes, población LGBTI, VCA, comunidades NARP y pueblos indígenas, a través de registros que permitan un abordaje integral y específico. De igual forma, se resalta la promoción de la salud en los sectores rurales de la localidad, como el sector de Chorrillos, con el objetivo de mejorar el acceso a servicios y fortalecer las estrategias de prevención y atención.

“Para garantizar la inclusión de poblaciones diferenciales en los procesos de atención en salud, es fundamental fortalecer su caracterización y registro en los diferentes sectores. Se recomienda ampliar la difusión y accesibilidad de la oferta de servicios, así como promover estrategias que fomenten su participación en instancias de decisión. Además, es clave mejorar la articulación entre el sector salud, integración social y organizaciones comunitarias para implementar acciones que respondan a sus necesidades específicas y reduzcan su situación de vulnerabilidad” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

A partir del análisis de la información discutida en la Mesa de priorización con expertos en salud 2025, donde participaron delegados de los distintos procesos y entornos, se evidencia la necesidad de fortalecer la caracterización y el registro de poblaciones diferenciales, mejorar la articulación intersectorial y ampliar la difusión y accesibilidad de la oferta institucional. En este contexto, cobra especial relevancia el fortalecimiento de los espacios e instancias de participación vinculados a las políticas públicas de Discapacidad, LGBTIQ+, Juventud, Mujer, VCA, PSCH y los espacios de participación de comunidades étnicas. Estos escenarios permiten no solo socializar y posicionar las estrategias definidas desde salud pública, sino también garantizar la representación activa de las comunidades en la toma de decisiones, contribuyendo a una respuesta más inclusiva y adecuada a sus necesidades específicas.

Limitaciones

Persisten limitaciones que afectan la inclusión real y efectiva de las poblaciones diferenciales en los procesos de salud pública y acción intersectorial. Aunque en las últimas vigencias se

han desarrollado acciones de caracterización y registro desde el sector salud —a través de convenios y estrategias territoriales—, uno de los principales desafíos actuales radica en la limitada socialización y uso compartido de esta información entre sectores y dependencias, lo que dificulta la planeación articulada y la respuesta integral. Esta situación afecta especialmente a grupos como personas en situación de habitabilidad en calle, migrantes sin regularización, población rural y quienes tienen baja vinculación institucional. Se requiere avanzar hacia un sistema de registro compartido y actualizado, con mecanismos de interoperabilidad entre sectores, que permita visibilizar las necesidades reales de estas poblaciones y facilitar la toma de decisiones conjuntas con enfoque diferencial.

“Minimizar barreras de acceso, inclusión en programas de atención de población diferencial especialmente los migrantes. [...] Ampliar respuestas con enfoque diferencial [...] Dirigir Más acciones de salud a la población Rural y diferencial tenerlos en cuenta en plan de acción” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Adicionalmente, aunque existen múltiples políticas públicas a nivel distrital y nacional, su implementación efectiva en el territorio se ve restringida por la baja participación comunitaria en instancias de toma de decisiones. Esta situación no solo se relaciona con el desconocimiento de la oferta institucional disponible, sino también con la insuficiencia de procesos de fortalecimiento, formación y empoderamiento de liderazgos comunitarios, necesarios para dinamizar la acción colectiva desde los territorios. La ausencia de estrategias sostenidas que promuevan la participación activa de estos grupos representa una debilidad estructural, particularmente en lo que respecta a la construcción de procesos duraderos de inclusión, corresponsabilidad y vigilancia social.

De igual forma, la falta de coordinación interinstitucional ha sido identificada como uno de los principales obstáculos para el diseño y ejecución de estrategias de salud pública que consideren los factores sociales, económicos, y ambientales que impactan la salud de la población. La descoordinación entre las entidades locales, como la SDS, la Secretaría de Educación y la SDIS, limita la capacidad de respuesta ante las inequidades presentes en la localidad (34).

Aunque se han generado espacios de atención como las Manzanas del Cuidado y los Centros Integrales de atención a población migrante, la cobertura de estas iniciativas resulta insuficiente frente a la magnitud y diversidad de las problemáticas que enfrentan estas poblaciones. Se hace necesario avanzar hacia una articulación más sólida entre la Alcaldía Local, la SDIS, la SDS, el IDPAC, el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud, para garantizar el acceso equitativo, la continuidad en la atención y la respuesta oportuna con enfoque diferencial.

La gobernanza en salud también se ve afectada por la gestión deficiente de los recursos destinados a mejorar las condiciones sanitarias. La asignación y distribución de los recursos financieros para la atención primaria en salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud no siempre responden a las necesidades reales de las comunidades más vulnerables. En muchos casos, estos recursos se ven insuficientes para cubrir la totalidad de la demanda de servicios de salud, lo que genera deficiencias en la prestación de atención médica en zonas periféricas, como El Rincón y Tibabuyes, donde la infraestructura es más limitada y la población vulnerable es mayor. Esta ineficacia en la gestión de recursos contribuye a una

respuesta tardía ante emergencias sanitarias y una atención deficiente para quienes más lo necesitan (34).

En Suba, la limitada participación ciudadana en la toma de decisiones ha limitado los avances en salud pública, especialmente en las zonas más vulnerables, donde la población no cuenta con una representación adecuada en los procesos de planificación. Esto ha provocado que diversas políticas no respondan a las necesidades reales de la comunidad y se desaproveche el potencial de una ciudadanía activa en la gestión de los problemas de salud. A esto se suma la ausencia de una estrategia clara de gobernanza transectorial, lo que impide una articulación efectiva entre sectores como salud, vivienda, educación, trabajo y transporte. Esta descoordinación genera intervenciones fragmentadas que no abordan de forma integral los determinantes sociales de la salud, y que, por ejemplo, contribuyen a la creación de espacios públicos mal gestionados, con altos niveles de contaminación y hacinamiento, donde se incrementa la prevalencia de enfermedades respiratorias y cardiovasculares (34).

4.1.4 Núcleo de insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes y pandemias

Avances

En la localidad se han consolidado múltiples estrategias para hacer frente a los determinantes ambientales relacionados con el alto riesgo de inundaciones y el manejo inadecuado de residuos sólidos que involucran procesos participativos. En particular, se ha fortalecido la educación ambiental desde distintos entornos, promoviendo el reconocimiento de los ecosistemas y la adopción de prácticas responsables frente a la gestión del recurso hídrico y los residuos. Desde el Entorno Educativo, se han desarrollado proyectos como *Mi Mascota Verde* y *Yo y el* fortalecimiento del Proyecto Ambiental Escolar -PRAE, los cuales han involucrado activamente a jardines infantiles, colegios y universidades, con acompañamiento a docentes para integrar la educación ambiental en sus procesos institucionales.

Desde el Entorno Comunitario, se han implementado jornadas de reciclaje, encuentros barriales en salud ambiental y acciones como Territorios Cuidadores de la Salud Ambiental -TECREAS, estrategias orientadas a la recuperación de puntos críticos por acumulación de residuos sólidos, mediante la articulación entre el sector salud, la alcaldía local, UAESP, líderes comunitarios y organizaciones ambientales. Estas acciones han contribuido a mejorar las condiciones sanitarias y ambientales en zonas altamente vulnerables de la localidad.

Asimismo, se han desarrollado procesos comunitarios grupales y capacitaciones, tanto virtuales como presenciales, lideradas por la Secretaría Distrital de Ambiente, que promueven la apropiación social del territorio y el cuidado de los ecosistemas locales. Esto incluye recorridos pedagógicos, caminatas ecológicas y talleres grupales en áreas como la Reserva Distrital de Humedal Torca-Guaymaral, donde la Subdirección de Ecosistemas y Ruralidad ha tenido un rol protagónico.

Estas acciones se han complementado con la socialización de las principales líneas de la Política Distrital de Salud Ambiental -PDSA-, incentivando la participación comunitaria informada y la corresponsabilidad en el cuidado del entorno, especialmente en territorios con alta exposición a riesgos sanitarios y ambientales.

Desde el Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y Cambio Climático -IDIGER, se han llevado a cabo evaluaciones sistemáticas de riesgo en puntos críticos de encharcamiento e inundación, permitiendo articular con otras entidades las acciones necesarias para mitigar estos fenómenos, particularmente en sectores como Villa Cindy, Lisboa, La Carolina, La Cañiza, y alrededores del Humedal Juan Amarillo. Complementariamente, desde las instituciones priorizadas se han desarrollado procesos de formación sobre la adecuada separación de residuos sólidos, resaltando sus efectos en la salud pública y en el equilibrio ecológico.

Además, la localidad ha avanzado en la consolidación del Plan Local de Salud Ambiental -PALSA-, un instrumento que, si bien existe desde vigencias anteriores, ha sido actualizado para fortalecer la articulación intersectorial y dar seguimiento a las respuestas institucionales frente a problemáticas ambientales priorizadas en el territorio. Su implementación ha permitido identificar áreas críticas de intervención, planear acciones conjuntas entre sectores y comunidades, y hacer seguimiento a temas como la gestión de residuos sólidos, calidad del aire y del agua, y recuperación de espacios naturales.

Este trabajo se ve fortalecido por espacios participativos como la Comisión Ambiental Local -CAL, el Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático, la Mesa de Humedales, la Mesa de Residuos y las Unidades Locales de Desarrollo Rural, que funcionan como nodos de articulación para la toma de decisiones, la evaluación de avances del PALSA y la corresponsabilidad comunitaria en el cuidado del entorno.

En respuesta a la problemática ambiental derivada de la calidad variable del agua en los humedales de la localidad, se han desarrollado acciones educativas, preventivas y de gestión institucional orientadas a mitigar sus impactos en la salud pública y los ecosistemas. Desde la Secretaría Distrital de Ambiente se han promovido procesos de educación ambiental a través de capacitaciones presenciales y virtuales, con el fin de sensibilizar a la comunidad sobre la protección del recurso hídrico y fomentar prácticas responsables. Estas acciones se complementan con el trabajo de las aulas ambientales, las cuales operan como espacios para canalizar las problemáticas ambientales locales y promover la participación ciudadana.

Además, desde la Subdirección de Ecosistemas y Ruralidad de la Secretaría Distrital de Ambiente se han desarrollado estrategias de reconocimiento y apropiación del entorno ecológico, especialmente en la Reserva Distrital de Humedal Torca y Guaymaral. Estas estrategias incluyen recorridos guiados, caminatas ecológicas, talleres y convocatorias, los cuales han buscado fortalecer el vínculo entre la comunidad y sus ecosistemas, promoviendo la conciencia sobre la conservación del agua y los humedales.

“Los humedales se han visto afectados por la inadecuada disposición de residuos sólidos y basuras. Si bien se ha brindado información en la separación en la fuente es necesario hacer cumplir las sanciones por el manejo inadecuado” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

Por su parte, el IDIGER ha realizado evaluaciones de riesgo en los humedales, con el objetivo de identificar situaciones que puedan representar amenazas para la salud y el bienestar de la población. Estas evaluaciones permiten gestionar de forma más efectiva la respuesta institucional ante desastres naturales o emergencias sanitarias derivadas del deterioro ambiental. Desde el ámbito institucional, la Alcaldía Local y la Empresa de Acueducto de

Bogotá también han participado en la implementación de medidas de gestión individual del riesgo, mediante la identificación de barreras de acceso en personas institucionalizadas y sus cuidadores, con el fin de orientar acciones de prevención y atención diferenciadas.

Limitaciones

Las condiciones actuales del recurso hídrico en la localidad reflejan importantes deficiencias en la gestión ambiental. Los niveles de calidad del agua registrados como pobres en los humedales Juanquera Zona 3 y Torca-Guaymaral, y muy pobres en sectores del Humedal Juan Amarillo, evidencian un deterioro que compromete tanto la sostenibilidad de los ecosistemas como la salud de la población cercana. Esta situación da cuenta de una limitada capacidad de respuesta frente a los riesgos ambientales y sanitarios derivados de la contaminación del agua, así como de debilidades en la articulación entre las entidades responsables para implementar soluciones estructurales.

Otro aspecto crítico es la falta de mecanismos sistemáticos de monitoreo y seguimiento ambiental, que permitan identificar de manera temprana los puntos críticos de deterioro y generar alertas que orienten intervenciones oportunas. Si bien se han adelantado acciones pedagógicas, estas no siempre logran traducirse en cambios sostenibles de comportamiento o en procesos comunitarios que promuevan la corresponsabilidad ambiental. Además, la cobertura de las acciones educativas y participativas sigue siendo limitada en relación con la extensión y diversidad de los territorios afectados.

Se requiere fortalecer la gobernanza ambiental local mediante una mayor articulación interinstitucional, un enfoque territorial que priorice los humedales con mayor afectación, y la incorporación activa de la comunidad en los procesos de planificación y toma de decisiones. En este contexto, es fundamental posicionar la CAL como el espacio articulador por excelencia para el seguimiento a la implementación del PALSA, la evaluación de las respuestas institucionales y la consolidación de acciones intersectoriales con enfoque participativo. Esto permitirá avanzar hacia una gestión del recurso hídrico más integral, inclusiva y sostenible, basada en la corresponsabilidad entre ciudadanía, sector salud, ambiente y gobierno local.

“[...] La articulación entre el sector salud, ambiente, gestión del riesgo y la comunidad permitirá implementar soluciones efectivas que protejan tanto a la población como a los ecosistemas locales” (Mesa de priorización con expertos en salud, 2025).

A pesar de las acciones desarrolladas, aún hay problemáticas con la mitigación de los riesgos ambientales y sanitarios derivados de la alta vulnerabilidad a inundaciones y del deficiente manejo de residuos. En sectores como Santa Cecilia, San Pedro, Berlín, Lisboa y la vereda Chorrillos, los eventos de encharcamiento e inundación son recurrentes, lo que evidencia la necesidad de una mayor inversión en infraestructura de drenaje pluvial y en medidas preventivas de gestión del riesgo.

Uno de los principales obstáculos ha sido la limitada apropiación ciudadana frente al cuidado del entorno, lo cual se refleja en prácticas inadecuadas de disposición de residuos sólidos, especialmente en zonas cercanas a humedales y cuerpos de agua, como Juan Amarillo y Conejera. La cultura ambiental aún es incipiente en algunos sectores, lo que limita la sostenibilidad de las intervenciones. Aunque existen espacios de participación como las

Mesas de Humedales y Residuos, no siempre se logra una vinculación efectiva de la comunidad, en especial de quienes habitan zonas de mayor riesgo.

De otro lado, la expansión urbana descontrolada ha intensificado las desigualdades sociales y ambientales, especialmente en zonas no planificadas con alta densidad poblacional como la ronda del río Bogotá. Esta situación ha provocado deforestación, contaminación del aire y del agua, afectando directamente la salud de los habitantes. La escasez de vegetación reduce la capacidad de absorción de contaminantes, lo que incrementa el riesgo de enfermedades respiratorias, especialmente en niños menores de cinco años y adultos mayores. Además, el manejo inadecuado de residuos y la falta de infraestructura para el tratamiento de aguas residuales agravan los problemas sanitarios, favoreciendo la propagación de enfermedades gastrointestinales (34).

Por tanto, se requiere una articulación más sólida y continua entre las entidades responsables, de forma que se garantice la ejecución efectiva de los planes ambientales y se prioricen los territorios más afectados. Si bien se ha avanzado en la elaboración de instrumentos como los PALSA y las matrices de seguimiento a la Política Ambiental Distrital, aún hay dificultades en el monitoreo constante de los indicadores ambientales y en la evaluación del impacto real de las estrategias implementadas.

Finalmente, la respuesta institucional aún no logra cubrir de manera integral las necesidades de las zonas rurales y periféricas como Guaymaral o Chorrillos, donde las condiciones del recurso hídrico y la recolección de residuos requieren de un enfoque diferencial y adaptado a las dinámicas del territorio. Esta situación demanda reforzar las acciones con un enfoque de equidad territorial y sostenibilidad.

4.2 Reflexiones finales

A partir del análisis de la respuesta institucional, se evidencian avances importantes en la localidad frente a las problemáticas priorizadas en salud pública. Se han desarrollado intervenciones epidemiológicas en salud bucal; se han promovido hábitos de vida saludable; y se ha fortalecido la vigilancia de enfermedades como el cáncer de mama, cuello uterino y la sífilis gestacional. Igualmente, se han establecido rutas de atención para poblaciones vulnerables como personas en situación de habitabilidad en calle y consumidores de SPA, además de campañas educativas en salud sexual y reproductiva. Estas acciones muestran un compromiso institucional con el cierre de brechas, el mejoramiento de la calidad de vida y la garantía progresiva del derecho a la salud.

Se han fomentado prácticas de autocuidado mediante asesorías comunitarias dirigidas a personas adultas y mayores, especialmente en territorios con alta carga de enfermedad circulatoria como Tibabuyes, Suba y El Rincón. También se han implementado estrategias de seguridad alimentaria a través de huertas comunitarias, mercados campesinos y talleres prácticos de nutrición. Estas medidas intersectoriales contribuyen a mejorar el acceso a una alimentación saludable en población vulnerable.

En cuanto a la violencia intrafamiliar y de género, se reconoce que no puede abordarse únicamente como un asunto privado o familiar, sino como un fenómeno que impacta directamente la salud y el bienestar comunitario. Factores sociales, culturales y económicos, como las desigualdades de género, el consumo de sustancias psicoactivas y la precariedad

económica, influyen en su persistencia y dimensión. Por ello, las estrategias implementadas incluyen rutas de atención integrales que involucran salud, justicia y protección social, así como campañas de sensibilización y espacios comunitarios para la denuncia y apoyo a las víctimas. Sin embargo, la violencia intrafamiliar y de género sigue siendo un reto importante que requiere fortalecer la prevención, la atención oportuna y la articulación interinstitucional para garantizar la protección efectiva de las personas afectadas.

No obstante, persisten determinantes estructurales que limitan el impacto de las intervenciones. Entre ellos, la falta de acceso a información sobre salud bucal, la baja cobertura de programas de prevención y la débil adherencia a controles prenatales. Estas barreras afectan principalmente a poblaciones diferenciales como víctimas de violencia, migrantes, personas LGBTQ+, población con discapacidad y comunidades étnicas, quienes además enfrentan dificultades geográficas, de transporte y falta de oferta especializada — como en el caso de Chorrillos para salud rural o salud mental—. Se requiere una articulación más sólida entre entidades que garantice el seguimiento de casos, la continuidad en el tratamiento y una oferta adaptada a las realidades del territorio.

Asimismo, las enfermedades circulatorias siguen representando una causa importante de mortalidad. Es necesario reforzar las intervenciones orientadas a su detección temprana, la promoción de estilos de vida saludables y el aseguramiento de la adherencia a tratamientos. Evaluar los modelos actuales de intervención territorial permitirá adaptar las estrategias a los determinantes sociales, económicos y culturales que influyen en su prevalencia.

Finalmente, aunque Suba concentra una parte importante del esfuerzo institucional del Distrito, aún se observan desequilibrios en la distribución y efectividad de las respuestas. Por ello, es prioritario fortalecer la gobernanza, mejorar la coordinación intersectorial y asegurar la sostenibilidad de las acciones, promoviendo una cultura de corresponsabilidad y participación comunitaria.

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 acceso a oportunidades educativas y laborales, la vulnerabilidad social y económica, y la exposición a entornos de alta marginalidad, junto con la influencia del microtráfico, son determinantes que favorecen el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en jóvenes y adultos. Este fenómeno está más presente en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba, donde la presencia de zonas críticas de expendio agrava la problemática. Entre sus principales causas destacan la desigualdad social, la falta de prevención y la normalización del consumo en ciertos entornos. Como resultado, se generan mayores riesgos para la salud mental y física, así como un impacto negativo en la seguridad y el tejido social de la localidad.	17
Las desigualdades de género, la falta de redes de apoyo social y las condiciones socioeconómicas son determinantes que perpetúan la violencia intrafamiliar y de género, afectando principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes de estratos 2 y 3 en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba. Entre las principales causas de esta problemática se encuentran la normalización de la violencia, la dependencia económica y las barreras en el acceso a la justicia y a servicios de protección. Como secuela, las víctimas enfrentan riesgos físicos y psicológicos que afectan su bienestar y desarrollo integral, evidenciando la necesidad de fortalecer estrategias de prevención y atención.	16
La población gestante enfrenta una problemática vinculada al estado nutricional, la falta de adherencia a los controles prenatales y la inadecuada valoración del riesgo obstétrico, especialmente en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba. Estos factores pueden desencadenar complicaciones maternas como preeclampsia y eclampsia, incrementando la probabilidad de partos pretérmino y, con ello, el riesgo de muertes perinatales e infantiles, recién nacidos con BPN, sífilis congénita y desnutrición en menores de 5 años, lo que afecta tanto la salud materna como el desarrollo infantil.	16

Los hábitos de vida poco saludables, el limitado acceso a servicios de salud, las desigualdades socioeconómicas y la falta de promoción del autocuidado son determinantes que contribuyen a la aparición y mortalidad por enfermedades circulatorias, afectando principalmente a la población de las UPZ El Rincón, Tibabuyes y Suba. Entre sus principales causas se encuentran la alimentación inadecuada, el sedentarismo y la falta de control médico oportuno. Esto genera un mayor riesgo de complicaciones graves como infartos y accidentes cerebrovasculares, deteriorando la calidad de vida de las personas y aumentando la carga sobre el sistema de salud.	15
La falta de acceso a Educación Sexual Integral (ESI), métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva, sumada a la pobreza, la desigualdad de género y la violencia, son determinantes que aumentan el riesgo de embarazos tempranos no planificados. En las UPZ El Rincón y Tibabuyes, esta problemática impacta a adolescentes de 10 a 14 años, lo que conlleva efectos negativos como la deserción escolar y la disminución de oportunidades futuras, afectando su desarrollo personal y social.	15
El acceso limitado a servicios de salud, la falta de educación en prevención y las condiciones socioeconómicas desfavorables son determinantes que influyen en la alta incidencia y mortalidad por cáncer de mama y cérvix en las UPZ El Rincón, Tibabuyes y Suba. Estas dificultades obstaculizan la detección temprana y el tratamiento oportuno, lo que aumenta el riesgo de diagnósticos en etapas avanzadas, reduce las posibilidades de recuperación y agrava el impacto en la calidad de vida de las pacientes y sus familias.	14
La falta de conocimientos sobre el cuidado bucodental, los hábitos de higiene oral deficientes, el bajo autocuidado y el acceso limitado a información sobre salud oral son determinantes que contribuyen a la alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal. Entre sus principales causas se encuentran la escasa educación en salud oral y la falta de promoción de hábitos preventivos. En consecuencia, se registra un aumento en las consultas por afecciones odontológicas, lo que impacta la calidad de vida de la población y la demanda en los servicios de salud.	11
Diversas poblaciones diferenciales, como migrantes, habitantes de calle, recicladores, víctimas del conflicto, personas LGBTIQ+, ASP y la población rural de Chorrillos, enfrentan una falta de inclusión en los procesos de caracterización de los diferentes sectores. Esta ausencia de reconocimiento y registro dificulta la visibilidad de sus necesidades y representa un obstáculo para la implementación de acciones de mejoramiento en salud dirigidas a estos grupos. Además, la baja participación en instancias de decisión y el desconocimiento de la oferta de servicios, junto con el acceso limitado a servicios de salud y a otros sectores, restringen sus oportunidades de atención. La escasa oferta de servicios y la falta de estrategias para fortalecer la participación comunitaria agravan aún más su situación de vulnerabilidad.	10
Las condiciones del recurso hídrico en la localidad evidencian una calidad variable del agua en los humedales, lo que refleja una problemática ambiental que puede afectar la salud pública y ecosistemas locales. La medición de calidad del agua registró niveles pobres en Juanquera Zona 3 y el Parque Ecológico Distrital Humedal Torca y Guaymaral. En el Humedal Juan Amarillo, los sectores Brazo Sector 1, Chucua Cañiza y Chucua de los Curies 2 obtuvieron calificaciones muy pobres. Estas condiciones reflejan deficiencias en la gestión del recurso hídrico y una limitada capacidad para prevenir y responder a los riesgos ambientales y sanitarios asociados a su deterioro.	10
El alto riesgo de inundaciones en la localidad es un determinante ambiental relevante, especialmente en épocas de lluvia asociadas al fenómeno de La Niña. Este evento afecta zonas de humedales como Juan Amarillo, Córdoba, Conejera y Guaymaral, así como el río Bogotá, generando impactos en la población y los ecosistemas. Además, la localidad enfrenta un manejo inadecuado de residuos sólidos, relacionado con deficiencias en la cultura ciudadana y en la gestión ambiental. Como consecuencia, las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Guaymaral presentan una alta vulnerabilidad a emergencias ambientales. Riesgos	10

<p>en naturales por inundación: El riesgo aluvial más frecuente en la localidad se diferencian dos tipos de eventos, a saber: encharcamientos con principal presencia en los sectores de Santa Cecilia, Villa Cindy, Santa Rita, Bilbao, San Pedro, Berlín y Lisboa; también en las vías Suba-Cota, la vereda Chorrillos, vía Guaymaral, San José, Arrayanes, Fontanar del Río y Rincón Frontera. Por otro lado, en cuanto a la inundación se distribuye en los barrios Villa Cindy, Bilbao, Lisboa, La Carolina, La Cañiza y alrededores del Humedal Juan Amarillo y la Conejera.</p>	
--	--

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

En primer lugar, se evaluó el **consumo de SPA en jóvenes y adultos**. Se reconocieron factores determinantes como la escasez de oportunidades en educación y empleo, la vulnerabilidad social y económica, y la influencia del microtráfico en la problemática. Las UPZ con mayores evidencias de este problema se identificaron en zonas críticas de la localidad, donde la desigualdad social y la normalización del consumo agravan los riesgos tanto para la salud mental como para la salud física.

Seguidamente, se priorizó la **violencia intrafamiliar y de género**, problemática que afecta de manera contundente a mujeres adolescentes y jóvenes en diversos estratos socioeconómicos. En la localidad se identificaron factores como la normalización de la violencia, la dependencia económica y las barreras de acceso a la justicia, lo que, sumado a la limitada cobertura de las líneas de atención, genera procesos de revictimización y prolongados tiempos de respuesta. Esta situación deteriora la confianza en las instituciones, ya que las denuncias no se traducen en una restitución efectiva de derechos.

De igual forma, la **salud materno-infantil** fue evaluada como uno de los problemas prioritarios. Esta calificación se fundamenta tanto en el análisis de indicadores de salud como en la relevancia de los efectos en los recién nacidos. Se destacó la importancia de contar con respuestas intersectoriales para garantizar el bienestar de las mujeres, especialmente de aquellas en situación de vulnerabilidad, como las mujeres jóvenes y migrantes, quienes enfrentan barreras en el acceso debido a la pobreza, la falta de cobertura y el limitado conocimiento sobre cuidados prenatales.

Por otro lado, las **enfermedades cardiovasculares** fueron reconocidas como un factor de riesgo para la población adulta en general. La prevalencia de una alimentación inadecuada, el sedentarismo, la carencia de controles médicos oportunos y el escaso autocuidado influyen negativamente en las condiciones de salud de la población.

Asimismo, se asignó una puntuación similar al **embarazo adolescente**, considerando que las condiciones sociales que influyen en la gestación temprana requieren un análisis diferenciado. Aunque se han implementado acciones preventivas en entornos escolares, la falta de continuidad en las intervenciones limita la capacidad de transformar conductas y asegurar un seguimiento continuo a las jóvenes.

El **cáncer de mama y cérvix** obtuvo se ubica despueta con una puntuación de 14. Se resaltó la alta incidencia y mortalidad asociadas a estos diagnósticos, lo cual se relaciona con barreras en el acceso a la detección temprana y al tratamiento oportuno. De igual forma, se reconocieron aquellos factores relacionados con la escasa influencia que tiene la divulgación de la información y comunicación dirigida a la prevención, lo cual también se refleja en las acciones de autocuidado. Las UPZ con mayor concentración de casos corresponden a

aquellas donde se evidencian limitaciones en prevención y diagnóstico, lo que repercute de manera importante en la calidad de vida de las pacientes.

En cuanto a la **salud bucodental**, se constató una elevada prevalencia de enfermedades orales, atribuida a la insuficiente promoción y educación en salud oral, así como a deficiencias en el autocuidado y en el acceso a información adecuada.

La **Falta de inclusión de poblaciones vulnerables** se refiere a grupos como migrantes, habitantes de calle, recicladores, víctimas del conflicto, personas LGBTIQ+ y población rural. Estos grupos enfrentan barreras en el acceso a la salud y tienen una participación limitada en la toma de decisiones, lo que se refleja en el débil reconocimiento de sus necesidades dentro de los procesos institucionales.

La **calidad del agua y riesgo ambiental** fue considerada como una de las últimas problemáticas, considerando el deterioro de los humedales en algunas zonas de la localidad y los niveles de contaminación detectados, los cuales impactan negativamente tanto en la salud pública como en los ecosistemas locales.

Por último, se ubicó el **alto riesgo de inundaciones y manejo de residuos**, problema que afecta zonas específicas de la localidad. Este riesgo se relaciona con la gestión deficiente de residuos y fenómenos climáticos adversos, incrementando la vulnerabilidad en las UPZ resaltadas.

5.2 Reflexiones finales

El análisis realizado evidencia que los problemas de salud en esta localidad están fuertemente vinculados a determinantes sociales, ambientales y estructurales. Entre los hallazgos más relevantes se destacan los desafíos en la prevención y el control del consumo de SPA, la persistente violencia intrafamiliar y de género, y las brechas en la atención materno-infantil y en la prevención del embarazo adolescente. Además, el incremento de enfermedades cardiovasculares y la elevada incidencia de cáncer de mama y cérvix resaltan la necesidad de implementar estrategias de detección y tratamiento oportuno.

Asimismo, se subraya la importancia de abordar las problemáticas ambientales –tales como la calidad del agua, el manejo de residuos y el riesgo de inundaciones– mediante una gestión territorial efectiva. Estas reflexiones sientan las bases para el diseño de estrategias de intervención y acciones concretas que permitan mitigar los problemas identificados y fortalecer la gobernanza en salud pública en la localidad.

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 Suba, 2024

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 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	La falta de acceso a oportunidades educativas y laborales, la vulnerabilidad social y económica, y la exposición a entornos de alta marginalidad, junto con la influencia del microtráfico, son determinantes que favorecen el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en jóvenes y adultos. Este fenómeno está más presente en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba, donde la presencia de zonas críticas de expendio agrava la problemática. Entre sus principales causas destacan la desigualdad social, la falta de prevención y la normalización del consumo en ciertos entornos. Como resultado, se generan mayores riesgos para la salud mental y física, así como un impacto negativo en la seguridad y el tejido social de la localidad.	<p>Para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas -SPA- en jóvenes y adultos, es fundamental desarrollar estrategias integrales que reduzcan las desigualdades sociales, promuevan el acceso a oportunidades educativas y laborales, y mitiguen los factores de riesgo en entornos de alta marginalidad, especialmente en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba. Aunque existe un marco de articulación interinstitucional entre actores clave como el sector salud (servicios de salud mental), las entidades gubernamentales (Secretaría de Educación Distrital, Secretaría Distrital de Integración Social) y las organizaciones comunitarias como Juntas de Acción Comunal -JAC-, esta coordinación aún presenta dificultades para consolidarse plenamente, lo que limita la efectividad de las intervenciones. Por ello, es necesario fortalecer estos vínculos para garantizar respuestas más coherentes y sostenibles.</p> <p>Además, la colaboración de líderes locales es fundamental para desarticular los puntos críticos de expendio y promover intervenciones comunitarias que desnormalicen el consumo. Estas acciones deben implementarse en escenarios como colegios, universidades, centros comunitarios y zonas de alto riesgo, con un enfoque en la prevención temprana, el fortalecimiento de factores protectores y la creación de espacios seguros. En este sentido, se recomienda implementar y ampliar estrategias como programas de educación psicoeducativa, accesos facilitados a tratamientos para trastornos mentales asociados al</p>

Eje Plan Decenal de Salud pública	Pilar del Modelo Mas Bienestar	Núcleo de inequidad (PTS)	Problemática	Recomendación
				consumo, actividades recreativas y proyectos de vida, con un enfoque de mediano y largo plazo. Estas medidas buscan reducir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de las poblaciones afectadas, priorizando la creación de oportunidades para el desarrollo personal y social en las nuevas vigencias.
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	Las desigualdades de género, la falta de redes de apoyo social y las condiciones socioeconómicas son determinantes que perpetúan la violencia intrafamiliar y de género, afectando principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes de estratos 2 y 3 en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba. Entre las principales causas de esta problemática se encuentran la normalización de la violencia, la dependencia económica y las barreras en el acceso a la justicia y a servicios de protección. Como secuela, las víctimas enfrentan riesgos físicos y psicológicos que afectan su bienestar y desarrollo integral, evidenciando la necesidad de fortalecer estrategias de prevención y atención.	Para prevenir y atender la violencia intrafamiliar y de género, es crucial implementar estrategias integrales que reduzcan las desigualdades sociales y de género, promuevan la autonomía económica de las mujeres y faciliten el acceso a redes de apoyo, justicia y servicios de protección, especialmente en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba. Esto requiere la colaboración interinstitucional entre actores clave, como el sector salud (salud mental), las entidades gubernamentales (Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia-SSCJ, Secretaría Distrital de Integración Social-SDIS, Secretaría de Educación del Distrito -SED, Secretaría Distrital de la Mujer -SDM y Policía Nacional) y las organizaciones comunitarias. También es fundamental la participación de los líderes locales para implementar campañas de sensibilización que desnormalicen la violencia y fomenten entornos seguros y equitativos. Estas acciones deben llevarse a cabo en hogares, colegios, centros comunitarios y espacios laborales, con un enfoque en la educación en equidad de género, derechos y resolución pacífica de conflictos. El abordaje, que demanda un esfuerzo a mediano y largo plazo, incluye el fortalecimiento de programas de empoderamiento económico como los realizados en las Manzanas del Cuidado de la Secretaría Distrital de la Mujer -SDM, la mejora de las líneas de atención y las rutas integrales para víctimas, y la formación de profesionales con enfoque de género, buscando reducir la revictimización y transformar las condiciones estructurales que perpetúan la violencia.

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 conocimientos sobre el cuidado bucodental, los hábitos de higiene oral deficientes, el bajo autocuidado y el acceso limitado a información sobre salud oral son determinantes que contribuyen a la alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal. Entre sus principales causas se encuentran la escasa educación en salud oral y la falta de promoción de hábitos preventivos. En consecuencia, se registra un aumento en las consultas por afecciones odontológicas, lo que impacta la calidad de vida de la población y la demanda en los servicios de salud.	Para mejorar la salud bucodental, es clave fortalecer la educación en higiene oral mediante estrategias de promoción y prevención que fomenten hábitos de autocuidado desde la infancia, involucrando a actores como el sector salud (odontólogos, EPS), instituciones educativas, entidades gubernamentales (Secretaría Distrital de Salud, Secretaría de Educación del Distrito -SED y Secretaría Distrital de Integración Social-SDIS) y organizaciones comunitarias. Estas acciones deben implementarse en escenarios como colegios, jardines infantiles, centros comunitarios y zonas priorizadas como Suba-Chorrillos, a través de campañas de sensibilización, jornadas preventivas y correctivas, y la promoción de prácticas como el cepillado diario, el uso de hilo dental y visitas regulares al dentista. El abordaje, que requiere un mediano a largo plazo, incluye la implementación de normativas como la Circular 0008 y la Resolución 3280 para garantizar el acceso a tratamientos odontológicos, así como la articulación intersectorial para reducir barreras de acceso y culturales. Además, se debe continuar con la promoción de una dieta saludable, evitar el consumo de tabaco y azúcares, y fortalecer la educación en entornos familiares y educativos, buscando reducir la prevalencia de enfermedades bucales como caries y periodontitis, y mejorar la calidad de vida de la 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 hábitos de vida poco saludables, el limitado acceso a servicios de salud, las desigualdades socioeconómicas y la falta de promoción del autocuidado son determinantes que contribuyen a la aparición y mortalidad por enfermedades circulatorias, afectando principalmente a la población de las UPZ El Rincón, Tibabuyes y	Para prevenir enfermedades circulatorias, es clave fortalecer las estrategias de promoción del autocuidado y hábitos saludables, involucrando a actores como el sector salud (médicos, EPS), entidades gubernamentales (Instituto Distrital de Recreación y Deporte-IDRD, Secretaría Distrital de Salud-SDS), instituciones educativas, empresas y organizaciones comunitarias. Estas acciones deben implementarse en escenarios como parques, colegios, entornos laborales y zonas priorizadas como las UPZ El Rincón, Tibabuyes y Suba, a través de campañas de sensibilización, tamizajes de riesgo,

Eje Plan Decenal de Salud pública	Pilar del Modelo Mas Bienestar	Núcleo de inequidad (PTS)	Problemática	Recomendación
			Suba. Entre sus principales causas se encuentran la alimentación inadecuada, el sedentarismo y la falta de control médico oportuno. Esto genera un mayor riesgo de complicaciones graves como infartos y accidentes cerebrovasculares, deteriorando la calidad de vida de las personas y aumentando la carga sobre el sistema de salud.	promoción de actividad física y alimentación saludable. El abordaje, que requiere un mediano a largo plazo, incluye la reducción de barreras de acceso a controles médicos, la articulación intersectorial para fomentar estilos de vida saludables y la creación de programas prácticos que se adapten a los tiempos de las familias. Además, se debe continuar la promoción de la detección temprana de factores de riesgo como hipertensión, diabetes y colesterol alto, evitar el consumo de tabaco y fomentar la actividad física regular, buscando reducir la incidencia de enfermedades cardiovasculares y mejorar la calidad de vida de la población.
Gestión integral de la atención primaria en salud:	Intersectorialidad/Transectorialidad	Núcleo Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud	El acceso limitado a servicios de salud, la falta de educación en prevención y las condiciones socioeconómicas desfavorables, son determinantes que influyen en la alta incidencia y mortalidad por cáncer de mama y cérvix en las UPZ El Rincón, Tibabuyes y Suba. Estas dificultades obstaculizan la detección temprana y el tratamiento oportuno, lo que aumenta el riesgo de diagnósticos en etapas avanzadas, reduce las posibilidades de recuperación y agrava el impacto en la calidad de vida de las pacientes y sus familias.	Para prevenir y detectar tempranamente el cáncer de mama y cérvix, es clave fortalecer estrategias de educación y sensibilización, promoviendo controles médicos periódicos como mamografías y citologías, especialmente en las UPZ El Rincón, Tibabuyes y Suba. Esto requiere la articulación entre actores como el sector salud (EPS, hospitales), entidades gubernamentales (Secretaría Distrital de Salud y Secretaría Distrital de la Mujer -SDM), organizaciones comunitarias y líderes locales, para reducir barreras socioeconómicas y mejorar el acceso a servicios de salud. Estas acciones deben implementarse en escenarios como Manzanas del Cuidado y Juntas de Acción Comunal, a través de jornadas preventivas, divulgación de rutas de atención y capacitaciones sobre derechos en salud sexual y reproductiva. El abordaje, que demanda un mediano a largo plazo, incluye la implementación efectiva de normativas como la Resolución 3280, la promoción de controles prenatales y la educación en lactancia materna, buscando aumentar los diagnósticos oportunos, mejorar el pronóstico de las pacientes y reducir la mortalidad por estos tipos de cáncer.
Gestión intersectorial de los determinantes	Intersectorialidad/Transectorialidad	Núcleo de inequidades poblacionales, ambientales,	La falta de acceso a Educación Sexual Integral (ESI), métodos anticonceptivos y	Para prevenir embarazos tempranos y promover la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 14 años, es esencial fortalecer el

Eje Plan Decenal de Salud pública	Pilar del Modelo Mas Bienestar	Núcleo de inequidad (PTS)	Problemática	Recomendación
sociales de la salud		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	servicios de salud reproductiva, sumada a la pobreza, la desigualdad de género y la violencia, son determinantes que aumentan el riesgo de embarazos tempranos no planificados. En las UPZ El Rincón y Tibabuyes, esta problemática impacta a adolescentes de 10 a 14 años, lo que conlleva efectos negativos como la deserción escolar y la disminución de oportunidades futuras, afectando su desarrollo personal y social.	acceso a Educación Sexual Integral - ESI-, métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva en las UPZ El Rincón y Tibabuyes. Esto requiere la articulación entre actores como el sector salud (EPS, hospitales), instituciones educativas, entidades gubernamentales (Secretaría Distrital de Salud, Secretaría Distrital de Integración Social-SDIS y Secretaría Distrital de la Mujer -SDM) y organizaciones comunitarias, para reducir desigualdades de género y transformar perspectivas culturales. Estas acciones deben implementarse en escenarios como colegios, centros comunitarios y hogares, a través de herramientas pedagógicas para padres y cuidadores, sensibilizaciones en derechos sexuales y reproductivos, y la promoción de proyectos de vida. El abordaje, que demanda un mediano a largo plazo, incluye el fortalecimiento de entornos seguros, el acceso gratuito y confidencial a métodos anticonceptivos, y la educación en prevención de ITS, buscando empoderar a las adolescentes, romper tabúes y reducir la vulnerabilidad frente a embarazos tempranos y violencia sexual.
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 población gestante enfrenta una problemática vinculada al estado nutricional, la falta de adherencia a los controles prenatales y la inadecuada valoración del riesgo obstétrico, especialmente en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba. Estos factores pueden desencadenar complicaciones maternas como preeclampsia y eclampsia, incrementando la probabilidad de partos pretérmino y, con ello, el riesgo de muertes perinatales e infantiles, recién nacidos con BPN, sífilis congénita y	Para mejorar la salud materno-infantil, es clave fortalecer la atención prenatal con énfasis en educación nutricional, adherencia a controles médicos y detección temprana de riesgos obstétricos en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Suba. Esto requiere la articulación entre actores como el sector salud (EPS, hospitales, profesionales de salud materna), entidades gubernamentales (Secretaría Distrital de Salud, Secretaría Distrital de la Mujer -SDM) y organizaciones comunitarias, para garantizar acceso oportuno a servicios de salud, suplementación nutricional y seguimiento integral. Estas acciones deben implementarse en escenarios como centros de salud, hogares de gestantes vulnerables y espacios comunitarios, a través de visitas domiciliarias, cursos preconcepcionales y sensibilizaciones sobre hábitos saludables. El abordaje, que demanda un mediano a largo

Eje Plan Decenal de Salud pública	Pilar del Modelo Mas Bienestar	Núcleo de inequidad (PTS)	Problemática	Recomendación
			desnutrición en menores de 5 años, lo que afecta tanto la salud materna como el desarrollo infantil.	plazo, incluye la reducción de barreras de acceso, la promoción de controles prenatales y la implementación de normativas como la Resolución 3280, buscando prevenir complicaciones maternas, partos pretérmino, muertes perinatales y afecciones como el BPN y la desnutrición en la primera infancia.
Gobierno y la gobernanza de la salud pública	Intersectorialidad/Transectorialidad	Núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud	Diversas poblaciones diferenciales, como migrantes, habitantes de calle, recicladores, víctimas del conflicto, personas LGBTQ+, ASP y la población rural de Chorrillos, enfrentan una falta de inclusión en los procesos de caracterización de los diferentes sectores. Esta ausencia de reconocimiento y registro dificulta la visibilidad de sus necesidades y representa un obstáculo para la implementación de acciones de mejoramiento en salud dirigidas a estos grupos. Además, la baja participación en instancias de decisión y el desconocimiento de la oferta de servicios, junto con el acceso limitado a servicios de salud y a otros sectores, restringen sus oportunidades de atención. La escasa oferta de servicios y la falta de estrategias para fortalecer la participación comunitaria agravan aún más su situación de vulnerabilidad.	Para garantizar la inclusión de poblaciones diferenciales, es clave fortalecer su caracterización sectorial, mejorar el acceso a servicios de salud y promover estrategias de participación comunitaria, involucrando a actores como el sector salud, entidades gubernamentales (Secretaría Distrital de Integración Social-SDIS, Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia- SSCJ, Secretaría Distrital de la Mujer -SDM) y organizaciones comunitarias. Estas acciones deben implementarse en escenarios como zonas rurales (Suba-Chorrillos), comunidades migrantes y poblaciones vulnerables, a través de la ampliación en el número de jornadas preventivas, difusión de oferta de servicios y capacitaciones en enfoque diferencial. El abordaje, que requiere un mediano a largo plazo, incluye la reducción de barreras de acceso, la promoción de igualdad de derechos y la creación de instrumentos para recopilar información desagregada, buscando responder a necesidades específicas y mejorar el bienestar de estas poblaciones.
Gestión integral del riesgo en salud pública	Intersectorialidad/Transectorialidad	Núcleo de insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias,	Las condiciones del recurso hídrico en la localidad evidencian una calidad variable del agua en los humedales, lo que refleja una	Para conservar y mejorar la calidad del agua en los humedales, es clave implementar estrategias de monitoreo, control de contaminación y restauración ecológica, involucrando a actores como autoridades

Eje Plan Decenal de Salud pública	Pilar del Modelo Mas Bienestar	Núcleo de inequidad (PTS)	Problemática	Recomendación
		emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes y pandemias	problemática ambiental que puede afectar la salud pública y ecosistemas locales. La medición de calidad del agua registró niveles pobres en Juanquera Zona 3 y el Parque Ecológico Distrital Humedal Torca y Guaymaral. En el Humedal Juan Amarillo, los sectores Brazo Sector 1, Chucua Cañiza y Chucua de los Curies 2 obtuvieron calificaciones muy pobres. Estas condiciones reflejan deficiencias en la gestión del recurso hídrico y una limitada capacidad para prevenir y responder a los riesgos ambientales y sanitarios asociados a su deterioro.	ambientales (CAR, Secretaría Distrital de Ambiente-SDA, Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático-IDIGER), entidades gubernamentales, organizaciones comunitarias y líderes locales. Estas acciones deben fortalecerse en zonas críticas de humedales afectados por residuos sólidos, desechos industriales y captaciones ilegales, a través de campañas de educación ambiental, reciclaje comunitario y sensibilización sobre el manejo adecuado de residuos. El abordaje, que requiere un mediano a largo plazo, incluye la articulación interinstitucional para fortalecer la vigilancia hídrica, promover la participación ciudadana y aplicar sanciones por malas prácticas, buscando prevenir riesgos sanitarios y garantizar la sostenibilidad de estos ecosistemas.
Gestión integral del riesgo en salud pública	Intersectorialidad/Transectorialidad	Núcleo de insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes y pandemias	El alto riesgo de inundaciones en la localidad es un determinante ambiental relevante, especialmente en épocas de lluvia asociadas al fenómeno de La Niña. Este evento afecta zonas de humedales como Juan Amarillo, Córdoba, Conejera y Guaymaral, así como el río Bogotá, generando impactos en la población y los ecosistemas. Además, la localidad enfrenta un manejo inadecuado de residuos sólidos, relacionado con deficiencias en la cultura ciudadana y en la gestión ambiental. Como consecuencia, las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Guaymaral presentan una alta vulnerabilidad a	Para prevenir inundaciones y gestionar riesgos ambientales, es clave fortalecer estrategias de protección de humedales y el río Bogotá, promoviendo la gestión adecuada de residuos sólidos y la cultura ambiental en las UPZ Tibabuyes, El Rincón y Guaymaral. Esto requiere la articulación entre actores como autoridades ambientales (Secretaría Distrital de Ambiente-SDA, Área Limpia), entidades gubernamentales (IDU, Alcaldía Local), empresas y comunidades, para implementar acciones como limpieza de alcantarillado, recolección de escombros y educación ambiental. Estas acciones deben llevarse a cabo en zonas vulnerables a inundaciones y áreas críticas de acumulación de residuos, a través de campañas de sensibilización y monitoreo constante. El abordaje, que demanda un mediano a largo plazo, incluye la mejora de infraestructura, la promoción de prácticas sostenibles y la aplicación de sanciones por mal manejo de residuos, buscando reducir la vulnerabilidad a emergencias

Eje Plan Decenal de Salud pública	Pilar del Modelo Mas Bienestar	Núcleo de inequidad (PTS)	Problemática	Recomendación
			emergencias ambientales.	ambientales y proteger los ecosistemas locales.

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-construccion-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. Secretaría Distrital de Planeación. Diagnóstico de los aspectos físicos demográficos y socioeconómicos. [Online].; 2009 [cited 2024 Noviembre 5. Available from: <https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/documentos/11%20Localidad%20de%20Su%20ba.pdf>.
10. Secretaría Distrital de Ambiente. Informe calidad del agua WQI 2018 - 2019. [Online]. Bogotá: Ambiente en Cifras; 2019 [cited 2024 Noviembre 8. Available from: https://oab.ambientebogota.gov.co/?post_type=dln_download&p=13926.
11. Secretaría Distrital de Planeación. Atención y servicios a la ciudadanía. [Online].; 2024 [cited 2024 Noviembre 5. Available from: <https://www.sdp.gov.co/>.

12. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Documento Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad localidad de Suba 2021. 2022..
13. 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>.
14. Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-; Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito. 2017..
15. Secretaría Distrital de la Mujer. Mujeres en las localidades y mujeres cuidadoras Suba. [Online].; 2023 [cited 2024 Noviembre 14. Available from: https://omeg.sdmujer.gov.co/phocadownload/2024/11_DL_Suba.pdf.
16. 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>.
17. 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>.
18. 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.
19. 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.
20. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Cuadros de salida Encuesta Multiproposito población LGB 2017-2021. 2023..
21. 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>.
22. 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.
23. 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.victimasbogota.gov.co/index.php/documento/boletin-trimestral-victimas-bogota-corte-julio-septiembre-2024>.

24. Alcaldía Mayor de Bogotá, Alta Consejería de Paz, Víctimas y Reconciliación. Fichas de Información local Suba. [Online]. Bogotá; 2019 [cited 2024 Octubre 25. Available from: <http://observatorio.victimasbogota.gov.co/documento/ficha-de-informacion-local-suba-201>.
25. Alcaldía Mayor de Bogotá, Alta Consejería de Paz, Víctimas y Reconciliación. Fichas de Información Local Suba. [Online]. Bogotá; 2019 [cited 2024 Octubre 25. Available from: <https://observatorio.victimasbogota.gov.co/index.php/documento/ficha-de-informacion-local-suba-2019>.
26. 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/>.
27. 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.
28. Secretaría Distrital de Gobierno. Documento CONPES D.C. 37, Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital. Política Pública de los Pueblos Indígenas en Bogotá D.C. 2024 - 2035. 2024. Publicado en el Registro Distrital No. 7937 del 20 de febrero de 2024.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. Secretaría Distrital de Salud; Subredes Integradas de Servicios de Salud. Proceso transversal gestión de las políticas para la salud y la vida en la construcción de una nueva gobernanza Análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad. 2021..
33. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Directorio de unidades SIVIGILA activas y caracterizadas. 2024. Corte a semana 47.
34. Secretaría Distrital de Salud. Comprensión Territorial de la Salud localidad de Suba. Enayo. Bogotá: Secretaría Distrital de Planeación, Bogotá D.C.; 2025.
35. W Radio. ¿Qué centros comerciales se encuentran en Suba? Lista y ubicaciones. [Online].; 2024 [cited 2025 06 09. Available from: <https://www.wradio.com.co/2024/08/25/que-centros-comerciales-se-encuentran-en-suba-lista-y-ubicaciones/>.
36. 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>.

37. Zunzunegui. ÁOPyMV. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. UNAM. México pp. 1-20. 2022..
38. 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_merclab_final.pdf.
39. Organización Internacional del Trabajo. Empleo Informal. [Online].; 2024 [cited 2024 Noviembre 27. Available from:
<https://www.oitcinterfor.org/taxonomy/term/3366?page=8>.
40. Secretaría Distrital de Salud. Documento Operativo Entorno Cuidador Laboral “Bienestar en nuestro Entorno Laboral”. 2024 Octubre - Noviembre..
41. 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/>.
42. Secretaria de Educación. Boletines Estadísticos. [Online].; 2022 [cited 2024 Noviembre 14. Available from:
https://www.educacionbogota.edu.co/portal_institucional/node/4255.
43. Moreno J. Los retos del acceso a agua potable y saneamiento básico de las zonas rurales de Colombia. [Online].; 2020 [cited 2024 Noviembre 14. Available from:
<https://revistas.uniandes.edu.co/index.php/rdi/article/view/7488/7888>.
44. 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/>.
45. 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/>.
46. 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/>.
47. Subredes Distritales de Salud. Personas que participan en espacios e instancias de Participación Social en Salud en Bogotá D.C. [Online].; 2024 [cited 2025 01 27. Available from: https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/espacios_instancias/.
48. 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/>.
49. Secretaría Distrital de Salud. Bases RUAF_ND_SDS. 2019 a 2024. 2019-2023 datos "cerrados" y 2024 datos "preliminares".

50. 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/>.
51. 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/>.
52. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de salud de Bogotá-SaluData. Malnutrición en población 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/>.
53. Secretaría Distrital de Salud. Proporción de personas que realizan actividad física en Bogotá D.C - Encuesta Multipropósito. [Online].; 2017-2021 [cited 2025 Abril 02. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/proporcion-de-personas-que-realizan-actividad-fisica-en-bogota-d-c/>.
54. 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>.
55. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Documento de población mujeres trans. Bogotá, Colombia. Pp. 1-43; 2021.
56. 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..
57. 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..
58. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Documento de población mujeres trans. Bogotá, Colombia. Pp. 1-43. 2021..
59. 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..
60. 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..
61. Secretaría Distrital de Salud. Comprensión territorial de la salud localidad de Suba. Bogotá, Colombia. Pp. 1-72. 2023..
62. 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/>.
63. 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/>].

64. 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/>].
65. Secretaría Distrital de Salud. Base RUAF_ND EEVV-SDS. 2023. Datos "preliminares".
66. 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/>].
67. Secretaría de Planeación. Caracterización de la población migrante en Bogotá. [Online].; 2022 [cited 2025 05 01. Available from: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/boletin_poblacion_migrante.pdf].
68. Moya MCR. Características sociodemográficas y condiciones de vida de los migrantes venezolanos que residieron en la localidad de Suba según el censo nacional de población y vivienda 2018. 2022. Universidad Externado de Colombia.
69. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Análisis regional en salud de la región de Bogotá, zonas rurales y municipios aledaños, con énfasis en la relación urbana-rural en la subred norte. Bogotá, Colombia. Pp. 1-56. 2023..
70. 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.
71. Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá. [Online].; 2019- 2023 (febrero) [cited 2025 Junio 6. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/morbilidad-atendida-identificada-en-rips-2022/>].
72. Secretaría Distrital de Salud. Cuadros de salida Eventos de Notificación Obligatoria - ENOS-. 2019-2024 (I semestre)..
73. Secretaría Distrital de Salud. Bases Estadísticas Vitales RUAF_ND. 2019-2023. Bases definitivas.
74. Secretaría Distrital de Salud. Bases RUAF_ND_SDS. 2019 a 2024. 2019-2023 datos "cerrados" y 2024 datos "preliminares", ajuste 13 de enero 2025.
75. Sistema de Vigilancia Epidemiológica -SIVIGILA- Secretaría Distrital de Salud. Bases sífilis congénita. 2020 a 2024. 2020 a 2023 datos "cerrados", 2024 datos "preliminares".
76. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional -SISVAN- Secretaría Distrital de Salud. Bases SISVAN. 2020 a 2024. 2020 a 2023 datos "cerrados" y 2024 "preliminares".
77. 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. Available from: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa>].

78. Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica de Vigilancia Epidemiológica Basada en la Comunidad-VEBC-. Diciembre 2024 - Julio 2025. Vigencia.
79. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Documento operativo Bienestar en Nuestro Entorno Educativo. Diciembre 2024 - Julio 2025..
80. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Documento operativo Entorno Cuidador Institucional. Diciembre 2024 - Julio 2025..
81. Secretaría de Integración Social. Proyecto 7744 - Generación de Oportunidades para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia de Bogotá. [Online]. [cited 2025 06 5. Available from: <https://www.integracionsocial.gov.co/index.php/servicios-sociales/servicio-infancia-sdis?>
82. Guía de Trámites y Servicios de Bogotá. Creciendo juntos. [Online]. [cited 2025 06 05. Available from: <https://bogota.gov.co/servicios/guia-de-tramites-y-servicios/creciendo-juntos>.
83. Universidad de los Andes. Semillas de Apego protege a la niñez en Colombia. [Online]. [cited 2025 06 05. Available from: <https://www.uniandes.edu.co/es/noticias/desarrollo-regional/semillas-de-apego-protege-a-la-ninez-en-colombia>.
84. B SdIS. Madres gestantes reciben bono canjeable por alimentos, gracias a convenio entre Integración Social y la Fundación Éxito. [Online].; 2024 [cited 2025 06 05.
85. Secretaría de Salud. Bogotá conmemora el Día Mundial de Lucha contra el Cáncer de Mama y hace llamado para detectarlo a tiempo y acudir a los servicios de salud. [Online].; 2023 [cited 2025 06 05. Available from: https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Noticia_Portal_Detalle.aspx?IP=2066&utm_source.
86. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Documento Operativo Entorno Cuidador Laboral "Bienestar en Nuestro Entorno Laboral". Diciembre 2024 - Julio 2025..
87. Monsalve KH, Obando XG, Sandoval JFB. Morbilidad materna por no adherencia a controles prenatales en Palmira-Valle. [Online].; 2019 [cited 2025 04 11. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/559/55964256023/html/#::~:~:text=Se%20concluye%20que%20la%20no,con%20bajo%20peso%20al%20nacer>.
88. Sistema de Vigilancia Epidemiológica base evento 155. Secretaría Distrital de Salud Proyecciones poblacionales CECO 2018 Convenio SDP Proyecciones de población Indicadores demográficos actualización post COVID-19.. [Online].; 2023 [cited 2025 06 09. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/cancer-de-cuello-uterino-en-bogota-d-c/>.
89. Garcés Palacio I, Rocha Buelvas A. Barreras para la Detección Oportuna del Cáncer cervicouterino en Colombia: una revisión narrativa. Investig. andina vol.18 no.33 Pereira July/Dec. 2016 Epub June 16, 2015. [Online].; 2015 [cited 2025 06 09. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462016000201647.
90. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Documento Operativo Entorno Cuidador Comunitario "Bienestar con Nuestra Comunidad". Diciembre 2024 - Julio 2025..
91. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Documento Operativo Equipod Básicos Extramurales de Hogar "Bienestar para Nuestro Hogar". 2025..

92. 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.
93. 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 Suba.

PROBLEMÁTICAS	ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES DE RESPUESTA	VARIABLE POBLACIONAL
Bajo Peso al Nacer	Entorno Institucional y Educativo VSP (IEC Caracterización Gestantes) EBE-H	Nacidos Vivos 2024 + Defunciones Fetales
Consumo de SPA	Entorno Institucional, Comunitario, Educativo y Laboral EBE-H	Proyección poblacional 10 a 59 años 2024
Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	VSP (IEC Población con condiciones crónicas) Entorno Institucional y Laboral EBE-H	Proyección poblacional entre los 30 y 60 años 2024
Mortalidad por cancer de mama y cervix	VSP (IEC Población con condiciones crónicas) Entorno Institucional y Laboral EBE-H	Proyección poblacional 30 a 69 años 2024
Desnutrición Aguda	VSP (IEC Caracterización Gestantes) SISVESO EBE-H Entorno Institucional y Educativo	proyección poblacional niños menores de 5 años 2024

Fuente: elaboración propia equipo ACCVSyE, marzo 2025.

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

Código UPZ	Nombre UPZ	Total hombres	Total mujeres	Total población	% localidad	Área KM	Densidad poblacional	Hogares	Viviendas totales	Viviendas ocupadas	% viviendas ocupadas
002	LA ACADEMIA	2.617	2.760	5.377	0,4	6,7069	801,72	1.675	1.611	1.573	97,6
003	GUAYMARAL	1.325	1.410	2.735	0,2	4,5270	604,15	719	807	712	88,2
017	SAN JOSÉ DE BAVARIA	24.515	28.238	52.753	4,0	4,3737	12.061,42	20.661	21.872	20.345	93,0
018	BRITALIA	46.089	53.354	99.443	7,6	3,2798	30.319,92	39.425	43.573	38.597	88,6
019	EL PRADO	49.637	58.599	108.236	8,2	4,3251	25.025,06	44.300	46.751	42.918	91,8
020	LA ALHAMBRA	19.900	24.179	44.079	3,4	2,8419	15.510,49	20.740	24.526	20.614	84,0
023	CASA BLANCA SUBA	29.588	34.253	63.841	4,9	4,1962	15.213,96	23.849	27.229	23.723	87,1
024	NIZA	39.366	46.576	85.942	6,5	7,5505	11.382,36	33.555	36.813	33.249	90,3
025	LA FLORESTA	21.470	25.792	47.262	3,6	3,9267	12.035,96	18.609	19.997	18.559	92,8
027	SUBA	88.947	100.699	189.646	14,4	6,5157	29.106,00	69.120	75.169	68.541	91,2
028	EL RINCÓN	143.597	155.471	299.068	22,8	7,0864	42.202,83	107.897	106.291	102.608	96,5
071	TIBABUYES	150.547	160.186	310.733	23,7	7,2491	42.864,88	108.895	111.009	107.047	96,4
911	UPR SUBA	2.237	2.101	4.338	0,3	37,9998	114,16	1.375	1.730	1.343	77,6
Total Suba		619.835	693.618	1.313.453	100,0	100,5788	13.058,94	490.820	517.378	479.829	92,7

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

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

Nombre UPZ	Equipamientos recreación y deporte	%	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud			
			Privadas	%	Públicas	%
BRITALIA	115	11,4	1	1,2	0	0,0
CASA BLANCA SUBA	67	6,6	4	4,8	0	0,0
EL PRADO	72	7,1	4	4,8	2	22,2
EL RINCÓN	137	13,6	13	15,5	1	11,1
GUAYMARAL	13	1,3	0	0,0	0	0,0
LA ACADEMIA	9	0,9	1	1,2	0	0,0
LA ALHAMBRA	55	5,4	27	32,1	1	11,1
LA FLORESTA	67	6,6	13	15,5	2	22,2
NIZA	163	16,1	8	9,5	0	0,0
SAN JOSÉ DE BAVARIA	48	4,7	4	4,8	0	0,0
SUBA	144	14,2	8	9,5	2	22,2
TIBABUYES	101	10,0	1	1,2	1	11,1
UPL ZONA RURAL	20	2,0	0	0,0	0	0,0
Total	1011	100,0	84	100,0	9	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 Suba, 2024

Nombre UPZ	Oferta servicios de transporte	%
EL PRADO	104	6,9
LA ALHAMBRA	105	7,0
CASA BLANCA SUBA	108	7,2
LA FLORESTA	152	10,1
SUBA	185	12,3
EL RINCÓN	212	14,1
LA ACADEMIA	47	3,1
GUAYMARAL	9	0,6
SAN JOSÉ DE BAVARIA	81	5,4
BRITALIA	105	7,0
NIZA	163	10,8
TIBABUYES	233	15,5
Total general	1.504	100

Fuente: mapa de referencia IDECA actualizada junio 2024

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

Dimensión	Categoría	Determinantes intermediarios de la salud	Bogotá	Suba	Año
Socioeconómica	Acceso a los servicios públicos	Cobertura de servicios de electricidad (Urbano)	99,9	100,0	2021
		Cobertura de acueducto (Urbano)	99,8	100,0	2021
		Cobertura de alcantarillado (Urbano)	99,5	99,3	2021
		Cobertura de servicios de electricidad (Rural)	100,0	99,2	2021
		Cobertura de acueducto (Rural)	100,0	85,3	2021
		Cobertura de alcantarillado (Rural)	99,3	45,1	2021
	Educación	Porcentaje de hogares con analfabetismo	2,2	1,4	2021
		Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria	97,5	90,8	2022
		Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario	107,3	97,1	2022
		Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media	97,0	102,9	2022

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

Dimensión	Categoría	Determinantes intermediarios de la salud	Bogotá	Suba	Año
	Salud mental	Prevalencia de consumo actual de cualquier sustancia ilícita	4,5	4,3	2022
		Prevalencia de fumadores actuales	15,6	11,1	2022
		Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar	580,2	430,6	2023
	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Proporción de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses	82,6	76,0	2023
		Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	16,5	16,7	2024 (pre)
		Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años	6,3	6,2	2023
		Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años	14,9	13,1	2023
		Prevalencia de obesidad en población de 18 a 64 años	57,2	55,4	2023
	Violencias Basadas en Género	Tasa de incidencia de violencia contra la mujer	780,3	566,6	2023
Territorial	Sistema Sanitario	Cobertura de afiliación al SGSSS	101,0	97,9	2023
		Coberturas administrativas de vacunación con pentavalente en menores de 1 año	92,6	84,1	2024
		Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en niños de 1 año	92,7	81,7	2024
		Coberturas administrativas de vacunación refuerzo de triple viral menores de 5 años	81,7	81,3	2024
		Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	89,8	91,1	2023
		Cobertura de parto institucional	99,9	100,0	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 Suba 2025

[illegible]

Fuente: elaboración propia, ACCVSyE Subred Norte, 2025