



Diagnóstico

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

16 Localidad Puente Aranda



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

Aportes y Revisión técnica**Equipo análisis de condiciones calidad de vida salud y enfermedad- ACCVSyE****Dirección de epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva**

Angie Castañeda

Catherine Rodríguez

Lina Molina

Juan Camilo Tocora

Diane Moyano

Fernanda Socarras

Mariana Carvajal

Kimberly Piñeros

Carlos Fernández

Autores

Judy Marcela López Guerrero - Coordinadora PIC

Cindy Nathali Baquero Ocampo - Líder ACCVSyE

Freddy Andrés Chitiva Zamudio - Ingeniero Catastral y Geodesta

Carol Adriana Velandia Patiño - Epidemióloga

Juan Camilo Peñaranda Martínez - Antropólogo

Johana Carolina Ortiz - Socióloga

Giovana Ximena Rojas Mora - Socióloga

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

Comutador: 364 9090

Bogotá, D. C. - 2025

Lista de abreviaturas

ACCVSyE	Análisis de condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad
AC	Avenida Calle
AK	Avenida Carrera
ASIS	Análisis de Situación de Salud
ASP	Actividades Sexuales Pagadas
CAIDS	Centro de Atención Integral a la Diversidad Sexual y de Géneros
CDC	Centro de Desarrollo Comunitario
CDSS	Comisión de la OMS Sobre Determinantes Sociales de la Salud
CHC	Ciudadano Habitante de Calle
CL	Calle
CLAV	Centro Local Atención a Víctimas
°C	Grados Centígrados
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DARE	Decision Alternative, Rational, Evaluation (Decisión Alternativa, Racional, Evaluación)
dB (A)	decibelios ponderados
DG	Diagonal
DPT	Difteria, Tétanos y Tos ferina
DS	Diagnóstico de Salud
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EMP	Encuesta Multipropósito
ENOS	Eventos de Notificación Obligatoria
EEP	Estructura Ecológica Principal
EPS	Entidad Promotora de Salud
EPOC	Enfermedad Pulmonar Crónica Obstructiva
E.S.E.	Empresa Social del Estado
IAM	Infarto Agudo al Miocardio
IAMI	Estrategia de Instituciones Amigas de la mujer y la infancia
ICA	Índice de Calidad del Agua
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IDECA	Infraestructura de Datos Espaciales (IDE) de Bogotá
IDIPRON	Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la juventud
IDPYBA	Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal
IDRD	Instituto Distrital de Recreación y Deporte
INMLyCF	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
IPM	Índice de Pobreza multidimensional
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JBB	Jardín Botánico de Bogotá "José Celestino Mutis"
KR	Carrera
km	Kilómetro
km²	Kilómetro cuadrado
LGB	Lesbiana, Gay, Bisexual.
LGBTI	Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero e Intersexual.
LGBTIQ+	Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Transexual, Travesti, Intersexual y Queer, el símbolo + incluye todos los colectivos que no están representados en la sigla anterior.
µg/m³	microgramos por metro cúbico
mm	litro por metro cuadrado

m.s.n.m.	metros sobre el nivel del mar
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NARP	Negro, Afrocolombiano, Raizal o Palenquero
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OCE	Oficina para la convivencia Escolar
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORFA	Organización de la comunidad Raizal con residencia Fuera del Archipiélago
OSIEGCS	Orientación Sexual, Identidad, Expresión de Género y Características Sexuales
PDD	Plan de Desarrollo Distrital
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PEA	Población Económicamente Activa
PEE	Población en Edad Escolar
PET	Población en Edad de Trabajar
pH	potencial de hidrógeno
PH	Propiedad Horizontal
PIB	Producto Interno Bruto
PM_{2,5}	Material Particulado menor a 2,5 micras
PM₁₀	Material Particulado menor a 10 micras
POT	Plan de Ordenamiento Territorial
PQRS	Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias
PSHC	Población en Situación de Habitanza en Calle
PTS	Plan Territorial de Salud
REVCOM	Red de Vigilancia Comunitaria
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios
RUV	Registro Único de Víctimas
SCRD	Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte
SDG	Secretaría Distrital de Gobierno
SED	Secretaría de Educación del Distrito
SCRD	Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte
SDHT	Secretaría Distrital del Hábitat
SDIS	Secretaría Distrital de Integración Social
SDMujer	Secretaría Distrital de la Mujer
SDP	Secretaría Distrital de Planeación
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SDSCJ	Secretaría de Seguridad, convivencia y Justicia
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SIVIM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual
SPA	Sustancias Psicoactivas
SITP	Sistema Integrado de Transporte Público
TGP	Tasa Global de Participación
TO	Tasa de Ocupación
TV	Transversal
UAESP	Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos
UPL	Unidad de Planeamiento Local

UPZ	Unidad de Planeamiento Zonal
UTIS	Unidades de Trabajo Informal
VCA	Víctimas de Conflicto Armado
VEBC	Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad
VESPA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VIS	Vivienda de Interés Social
VBG	Violencias Basadas en Género
WQI	Water Quality Index (índice de calidad del agua)

Tabla de contenido

<i>Introducción</i>	9
<i>Objetivos</i>	12
<i>Metodología</i>	13
CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	17
1.1. <i>Contexto político administrativo</i>	17
1.2. <i>Condiciones ecológico – ambientales</i>	18
1.3. <i>Condiciones socio económicas</i>	25
1.4. <i>Estructuración poblacional y demográfica</i>	27
1.5. <i>Acceso a servicios y bienes</i>	37
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	41
2.1. <i>Dimensión socio económica</i>	41
2.2. <i>Dimensión de género</i>	49
2.3. <i>Dimensión territorial</i>	54
2.4 <i>Dimensión poblacional diferencial</i>	57
CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO	64
3.1. <i>Morbilidad General</i>	64
3.2. <i>Mortalidad General</i>	71
3.3. <i>Eventos trazadores en salud pública</i>	83
3.4. <i>Problemáticas y necesidades sociales y ambientales</i>	85
3.5 <i>Núcleos de inequidad socio sanitaria a nivel local</i>	88
3.5.1 <i>Núcleo de inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud</i>	89
3.5.2 <i>Núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población</i>	90
3.5.3 <i>Núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud</i>	91

3.5.4 Núcleo de insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y remergentes, y pandemias.....	91
CAPÍTULO IV. ANALISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMATICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO	93
4.1 Núcleo Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud	93
4.2 Núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población	98
4.3 Núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud	101
Gobernabilidad.....	102
Gobernanza	103
Participación ciudadana.....	104
4.4 Núcleo de insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y remergentes, y pandemias.....	105
4.5 Reflexiones Finales	107
CAPITULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO	108
5.1 Desarrollo Método Hanlon Subred Suroccidente	109
5.2 Resultados Ejercicio de Priorización de problemas y necesidades sociales de la salud en la localidad de Puente Aranda.....	109
5.3 Reflexiones Finales	114
CAPITULO 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	115
6.1 Propuesta de recomendaciones para la localidad de Puente Aranda.....	116
BIBLIOGRAFÍA	126

Listado de Gráficas

Gráfica 1. Pirámide poblacional, localidad Puente Aranda, años 2019, 2024, 2030	28
Gráfica 2. Número de atenciones por sexo, localidad Puente Aranda, 2019 a 2023 y 2024pp*	64

Gráfica 3. Número de atenciones por servicio de consulta, localidad Puente Aranda, 2019 a 2023 y 2024pp*	65
Gráfica 4. Número de atenciones por servicios de hospitalización y urgencias, localidad Puente Aranda, 2019 a 2023 y 2024pp*	65
Gráfica 4. Mortalidad por grandes causas, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023	73
Gráfica 5. Mortalidad por grandes causas en hombres, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023	74
Gráfica 6. Mortalidad por grandes causas en mujeres, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023	75

Listado de Tablas

Tabla 1. Distribución de la población por momento de curso de vida, localidad de Puente Aranda, año 2024	28
Tabla 2. Otros indicadores de estructura demográfica, localidad de Puente Aranda, años 2019, 2024, 2030	30
Tabla 3. Resumen de indicadores demográficos, localidad de Puente Aranda, 2012, 2017, 2022	31
Tabla 4. Autorreconocimiento étnico, localidad de Puente Aranda, año 2018	35
Tabla 5. Tasa de cobertura bruta por nivel educativo, localidad Puente Aranda, 2018-2022	47
Tabla 6. Número de atenciones por servicio y quinquenio, localidad Puente Aranda, 2019 a 2023 y 2024pp*	66
Tabla 7. Principales causas de atención en servicio de Consulta, según sexo, localidad Puente Aranda, 2023	67
Tabla 8. Principales causas de atención en servicio de Hospitalización, según sexo, localidad Puente Aranda, 2023	68
Tabla 9. Principales causas de atención en servicio de Urgencias, según sexo, localidad Puente Aranda, 2023	68
Tabla 10. Eventos de Notificación Obligatoria, localidad Puente Aranda, 2019 – 2024pp*	71
Tabla 11. Tasa de mortalidad por sexo y momento de curso de vida, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023	72
Tabla 12. Tasas de Mortalidad por enfermedades transmisibles, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023	76
Tabla 13. Tasas de Mortalidad por neoplasias, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023	77
Tabla 14. Tasas de Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023	78
Tabla 15. Tasas de Mortalidad por afecciones del periodo perinatal, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023	79
Tabla 16. Tasas de Mortalidad por causas externas, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023	80
Tabla 17. Tasas de Mortalidad por las demás causas, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023	81
Tabla 18. Tasas de Mortalidad por signos y síntomas mal definidos, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023	81
Tabla 19. Mortalidad específica por sexo en población menor de un año, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023	82
Tabla 20. Mortalidad específica por sexo en población de uno a cuatro años, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023	83
Tabla 21. Mortalidad específica por sexo en población menor de cinco años, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023	83

Tabla 22. Comportamiento indicadores trazadores PDD y PTS, localidad Puente Aranda, 2019 – 2024p*84	
Tabla 23. Principales problemáticas colectivas, localidad Puente Aranda, 2023 – 2024*	86

Listado de Mapas

Mapa 1. Contexto político administrativo de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2021 y 2024.....	18
Mapa 2. Condiciones ecológicas de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2021 y 2024.20	
Mapa 3. Condiciones ambientales de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2022	22
Mapa 4. Estado superficial malla vial integral de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2022	23
Mapa 5. Ruido Nocturno de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2018 - 2021.....	24
Mapa 6. Estrato socioeconómico de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024	26
Mapa 7. Estrato socioeconómico de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024	27
Mapa 8. Densidad Poblacional de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024	32
Mapa 9. Acceso a Servicios de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024	40
Mapa 10. Unidades de Trabajo Informal en Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2023 - 2024	44
Mapa 11. Índice de Pobreza Multidimensional en la localidad de Puente Aranda, Subred SurOccidente,2018	46
Mapa 12. Oferta Educativa en Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024	48
Mapa 13. Violencia Intrafamiliar y de Genero en Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024	51
Mapa 14. Establecimientos de Actividades Sexuales Pagadas en Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024.....	53
Mapa 15. Sedes Asistenciales de la Subred Sur Occidente en Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024	57
Mapa 16. Situación de Habitanza en Calle en Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2021	60
Mapa 17. Problemáticas colectivas de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024	87
Mapa 18. Respuesta Sectorial e Intersectorial de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024.....	97
Mapa 19. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la MME de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024	98

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 Puente Aranda desempeña 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 en Salud. 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 Puente Aranda 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. (4)

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 Análisis de Situación en Salud (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. (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. (5) 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 (5).

OBJETIVOS

Objetivo general

Comprender las condiciones, calidad de vida y situaciones de salud y enfermedad de la localidad de Puente Aranda en el marco de los determinantes sociales de la salud de tal forma que, desde actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios, se identifiquen las expresiones en salud de los núcleos de inequidad presente en el territorio y, conforme a ello, se oriente la toma de decisión y se fomente la participación social en salud.

Objetivos específicos

- Comprender integralmente la realidad territorial de la localidad de Puente Aranda.
- 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. La matriz de categorización fue procesada y analizada en el software cualitativo ATLAS. Ti.

En la Fase 2: “Contexto para el Análisis de la Situación de Salud Local” se desarrollaron los capítulos 1, 2 y 3. 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 Aportantes a la Seguridad Social (RUAF) de la SDS (desde 2005 hasta 2022) y los datos disponibles en el Observatorio de Salud de Bogotá (SaluData), permitiendo un análisis comparativo entre los años 2012, 2017 y 2022.

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.

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 Suroccidente. 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 Suroccidente durante el 2023 y el 2024, así como los Planes Locales de Cuidado, las Comprensiones Territoriales, entre otros. Además, se llevó a cabo una revisión

exhaustiva de la información secundaria referente a diversas poblaciones diferenciales, incluyendo Mujeres, población LGBTIQ+, Actividades Sexuales Pagadas (ASP), Personas en Situación de Habitabilidad en Calle (PSHC), migrantes, Víctimas del Conflicto Armado (VCA), poblaciones rurales, pueblos indígenas, y las comunidades Negra, Afrocolombiana, Raizal o Palenquera (NARP), así como personas con discapacidad.

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

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

En cuanto al capítulo 3, el análisis de la morbilidad se llevó a cabo utilizando las bases de datos de Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) correspondientes al periodo de 2019 al primer semestre de 2024, proporcionadas por la Secretaría Distrital de Salud (SDS). 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 2023. 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 2023 y realizar una semaforización que refleja las diferencias relativas en los indicadores.

Respecto al análisis de la mortalidad, se emplearon las bases de datos del Registro Único de Aportantes a la Seguridad Social (RUAF) proporcionadas por la SDS para los años 2019 y 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 Ministerio de Salud y Protección Social (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 del MSPS. Además, se calcularon diferencias relativas para indicadores trazadores priorizados en el Plan de Desarrollo Distrital (PDD) y el Plan Territorial de Salud (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 a lo identificado y analizado en los capítulos precedentes, se procedió a la construcción de la problemáticas y necesidades sociales y ambientales de la localidad de Puente Aranda, 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. Capítulos 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 sistematiza 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 (respuesta sectorial) y de las diferentes entidades distritales (respuesta intersectorial), frente a las problemáticas identificadas en la localidad, haciendo uso del cálculo de la 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 ubicable espacialmente en cada UPZ que permitiera el análisis.

La elaboración de los mapas se inicia con un análisis correlacional en el que identifican las relaciones espaciales entre las problemáticas en salud, la respuesta sectorial e intersectorial y la variable poblacional:

A partir de las correlaciones, se aplicó la siguiente fórmula:

$$ratio = (\sum \text{Respuestas} / \text{Problemática}) \times 1000 / \text{Variable poblacional}$$

Donde:

- \sum Respuestas: Total de acciones sectoriales e intersectoriales por UPZ
- Problemática: Número de casos de la situación o evento de salud
- Variable poblacional: Población base utilizada para normalizar el indicador

Luego de calcular la ratio para cada problemática, se utilizaron percentiles para establecer los rangos que definieron los colores por UPZ, donde la gama de amarillos presenta alta respuesta y la gama de café una respuesta institucional baja.

2. Capítulo 5: Se utilizó la metodología Hanlon adaptada en línea con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual contempló para la priorización los siguientes criterios (6) :

- 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) *Severidad*: A través de una escala de 0 a 10 (a mayor puntaje mayor severidad) 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, líderes de política 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 para cada 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.

CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1. Contexto político administrativo

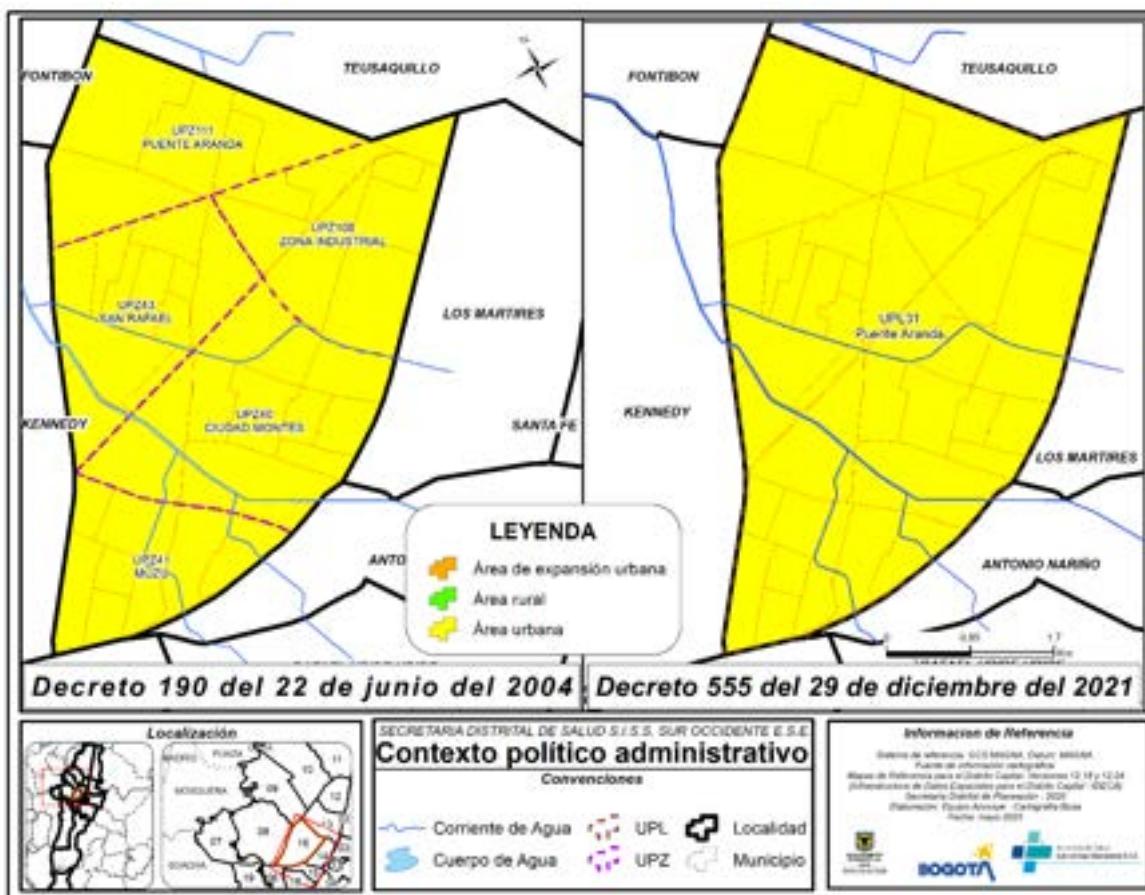
Según el Acuerdo 641 de 2016 por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, modificado por el Acuerdo 257 de 2006, se crean cuatro subredes: Sur, Centro Oriente, Norte y Sur Occidente cada una agrupando un número de localidades.

Una de las localidades que componen la Subred Sur Occidente es la localidad de Puente Aranda, la cual es una de las 20 divisiones administrativas del Distrito Capital de Bogotá, para el caso de la codificación territorial de esta localidad se presenta con el número 16 y su nombre se deriva del puente de la antigua hacienda de Juan Aranda sobre el río Chinua, conocido en la actualidad como el río San Francisco. Limita al norte con las localidades de Fontibón y Teusaquillo a través de la Avenida carrera 68 y la AC 22 respectivamente, al oriente con las Localidades de Los Mártires y Antonio Nariño mediante la Avenida Carrera 30, al sur con la localidad de Tunjuelito cuyo límite es la Autopista Sur; y al occidente limita con la localidad de Kennedy a través de la Avenida Carrera 68 (ver Mapa 1).

La localidad de Puente Aranda tiene un área de 17,31 km² representando un 1% del área total de la ciudad y está conformada por 75 barrios comunes (7), 455 áreas urbanísticas, 8 barrios legalizados, un barrio con negación a su legalización, cero barrios regularizados, cero barrios en trámite de legalización, cero barrios en proceso de regularización, cero barrios en proceso de legalización y 44 sectores catastrales. En su división político-administrativa del anterior POT (8) estaba conformada por cinco UPZ: UPZ 40 Ciudad Montes, UPZ 41 Muzo, UPZ 43 San Rafael, UPZ 108 Zona Industrial y UPZ 111 Puente Aranda; en el actual POT (9) a la localidad la cubre una UPL: la UPL 31 Puente Aranda teniendo como característica especial que esta UPL tiene el mismo límite de la localidad (10) (ver Mapa 1).

La localidad de Puente Aranda, al estar ubicada de manera estratégica, permite recibir insumos provenientes de otras zonas del país y del extranjero, facilitando la intervención activa de pequeños, medianos y grandes empresarios los cuales se han especializado en productos químicos, de textiles, de alimentos y de ensamble de vehículos automotores. Así mismo, las empresas están concentradas en el comercio de alimentos y bebidas, ropa y textiles y accesorios para vehículos automotores, entre otros.

Mapa 1. Contexto político administrativo de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2021 y 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021 y 2024. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

Según la Ley 388 de 1991 artículo 31, el suelo urbano se define como “las áreas del territorio Distrital o municipal destinadas a usos urbanos por el POT que cuenten con infraestructuras viales y redes de energía, acueducto, alcantarillado y posibiliten su urbanización y edificación”. En Bogotá, existen tres tipos de suelo reglamentados: área de expansión urbana, área rural y área urbana; para la localidad decimosexta de Puente Aranda, de acuerdo con el Decreto 190 del 22 de junio del 2004, el área en su totalidad es urbana y el uso del suelo es industrial, comercial y residencial, la localidad no cuenta con humedales ni con suelo rural.

Adicionalmente, de las 5 UPZ que caracterizan la localidad, el uso del suelo en 3 UPZ es de tipo residencial consolidado en la UPZ 40 Ciudad Montes, UPZ 41 Muzu y UPZ 43 San Rafael, mientras que las UPZ 108 Zona Industrial y UPZ 111 Puente Aranda son predominantemente industriales.

Con el Decreto Distrital número 555 del 29 de diciembre del 2021 se mantiene la clasificación del suelo en la localidad (ver Mapa 1). (11)

1.2. Condiciones ecológico – ambientales

Condiciones ecológicas

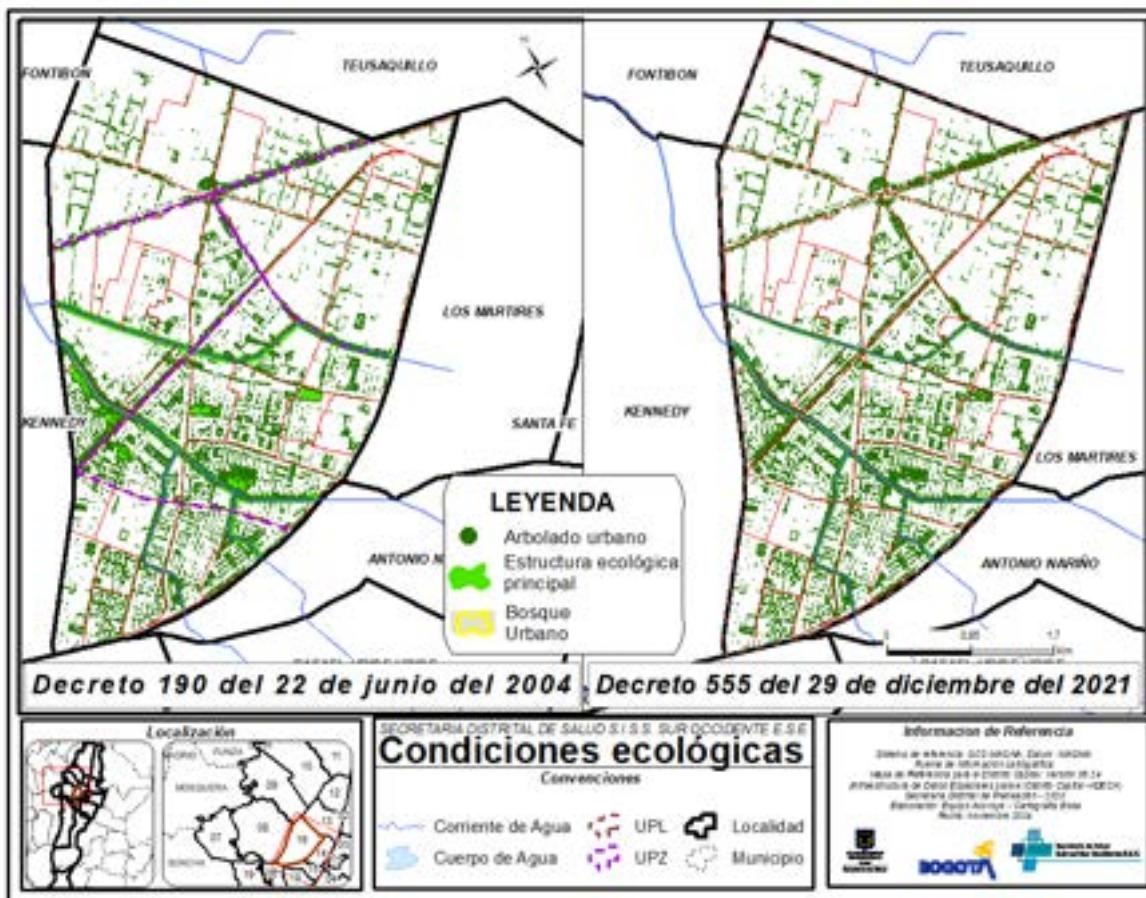
La Estructura ecológica principal, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 190 del 2004, en la localidad se encontraba que las Zona de Manejo y Preservación Ambiental coincide con la ronda hidráulica del Canal Rio Seco destacándose como la principal corriente de agua de la localidad, donde se deben concentrar los esfuerzos institucionales para su preservación y reducción de su contaminación. Sin embargo, en la localidad circulan otras fuentes hídricas como el Canal Fucha, el Canal La Albina, el Canal Los Comuneros y el Canal San Francisco. Adicionalmente, la localidad no posee humedales y cuenta con algunos de los parques urbanos zonales del sistema distrital de parques (Ciudad Montes, Milenta Tejar San Eusebio, El Jazmín y Veraguas). Con el Decreto 555 del 2021 se mantienen las mismas áreas de protección y se retiran los parques urbanos (10) (ver Mapa 2).

El arbolado urbano para el año 2021 en la localidad era de 43.119 árboles los cuales incrementan a 44.571 individuos arbóreos a octubre del 2024. La mayoría de los árboles se encuentran en la UPZ 40 Ciudad Montes con 18.422, en la UPZ 41 Muzu 9.291, en la UPZ 43 San Rafael con 7.271, la UPZ 108 Zona Industrial con 5.452 y la UPZ 111 Puente Aranda tiene 4.135 árboles.

Las primeras especies que se encuentran en la localidad en su orden son: Sauco, Urapán, Fresno, Jazmín del cabo, Laurel huesito, CaUCHO sabanero, Eugenia, CaUCHO benjamín, Falso pimiento, Holly liso, Chicalá, Chirlobrlo, Flor amarillo y Cayeno. El arbolado urbano en la localidad tiene su mayor concentración en las rondas del río Fucha y el canal Rio Seco, y barrios aledaños a estos cuerpos de agua; también en los barrios cercanos a los parques el Jazmín, Ciudad Montes y Muzu. Las concentraciones secundarias de arbolado se dan en los separadores y andenes de las avenidas de las Américas, Batallón Caldas, Calle 3, Ferrocarril del Sur y Los Comuneros (10) (ver Mapa 2).

Adicionalmente con el nuevo POT se agregan los bosques urbanos como zonas destinadas a la siembra y reforestación con especies arbóreas nativas de la sabana de Bogotá, pero no hay para la localidad ninguna reglamentada y delimitada.

Mapa 2. Condiciones ecológicas de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2021 y 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021 y 2024. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

Altitud y Relieve

La topografía de Puente Aranda es plana, al interior de esta no se encuentran estribaciones montañosas por estar ubicada en zona plana levemente inclinada. Las alturas en la localidad varían entre 2.569 y 2.548 metros sobre el nivel del mar, por debajo de la altura de Bogotá la cual corresponde a 2.640 metros sobre el nivel del mar (12).

Temperatura

El clima la localidad presenta una temperatura promedio anual de 15°C para el año 2020 igual al año previo y presentando un incremento de un grado respecto a los años 2018 y 2019. La precipitación anual acumulada para el año 2020 fue de 842 mm aumentando en tan solo en 14 mm al año previo y en 20 mm al 2018 (12).

Condiciones ambientales

En esta sección, se describe la calidad del aire por medio del material particulado disperso en la atmósfera producido de forma natural o por actividades antrópicas y son mayores o iguales a 10 micras -PM₁₀-, y el material particulado con las mismas características, pero igual o inferior a 2,5 micras -PM_{2,5}-. Estas partículas diminutas (PM_{2,5}) pueden ser 100% respirables puesto que viajan profundamente en los pulmones, penetrando en el aparato respiratorio y depositándose en los alvéolos pulmonares, incluso pasar al torrente sanguíneo (12).

Según la Organización Panamericana de la Salud, la mala calidad del aire en América Latina y el Caribe, más de 100 millones de personas se exponen a la contaminación atmosférica, y de este dato calculan que anualmente fallecen alrededor de 35.000 por contaminación del aire urbano (12).

Las concentraciones de material particulado fino menor e igual a 2,5 micrones, cuyas fuentes de emisión van desde las combustiones de los vehículos, incendios forestales y algunos procesos industriales, no son aceptables para la localidad dado que el valor mínimo es de 15 µg/m³ y el máximo es de 20 µg/m³ al establecido como fijo (5 µg/m³ de media anual) por las directrices de la OMS (12) (ver mapa 3).

Las concentraciones de material particulado grueso, mayor e igual a 10 micrones (PM₁₀), como lo son polvo, cenizas, hollín, partículas metálicas, cemento o polen, es alta en la localidad, dado que sus valores son superiores al establecido como fijo (15 µg/m³ de media anual) por las directrices de la OMS (12). Dado que desde la esquina nororiental de la localidad en la intersección de la avenida Américas con la avenida carrera 30 con el valor inicial en 26 µg/m³ e incrementan paulatinamente en dirección suroccidente hasta llegar a un máximo de 38 µg/m³ en la intersección de la Autopista Sur con la Avenida Carrera 68 (10).

Cómo indica Cárdenas, la presencia de contaminantes en el aire incide directamente en la salud de las personas, por esta razón las manifestaciones clínicas presentadas más frecuentemente son las enfermedades respiratorias asociadas con infecciones; pero también van a contribuir a la producción de enfermedad pulmonar crónica obstructiva –EPOC-, al cáncer del pulmón y a otras enfermedades no directamente relacionadas como es el caso de trastornos psiconeurológicos u otro tipo de cánceres. Además, el aumento en los casos de rinitis alérgica y exantemas. También puede afectar indicadores en salud como aumento en la mortalidad, incremento en la utilización de los servicios de salud, y el uso de fármacos (12).

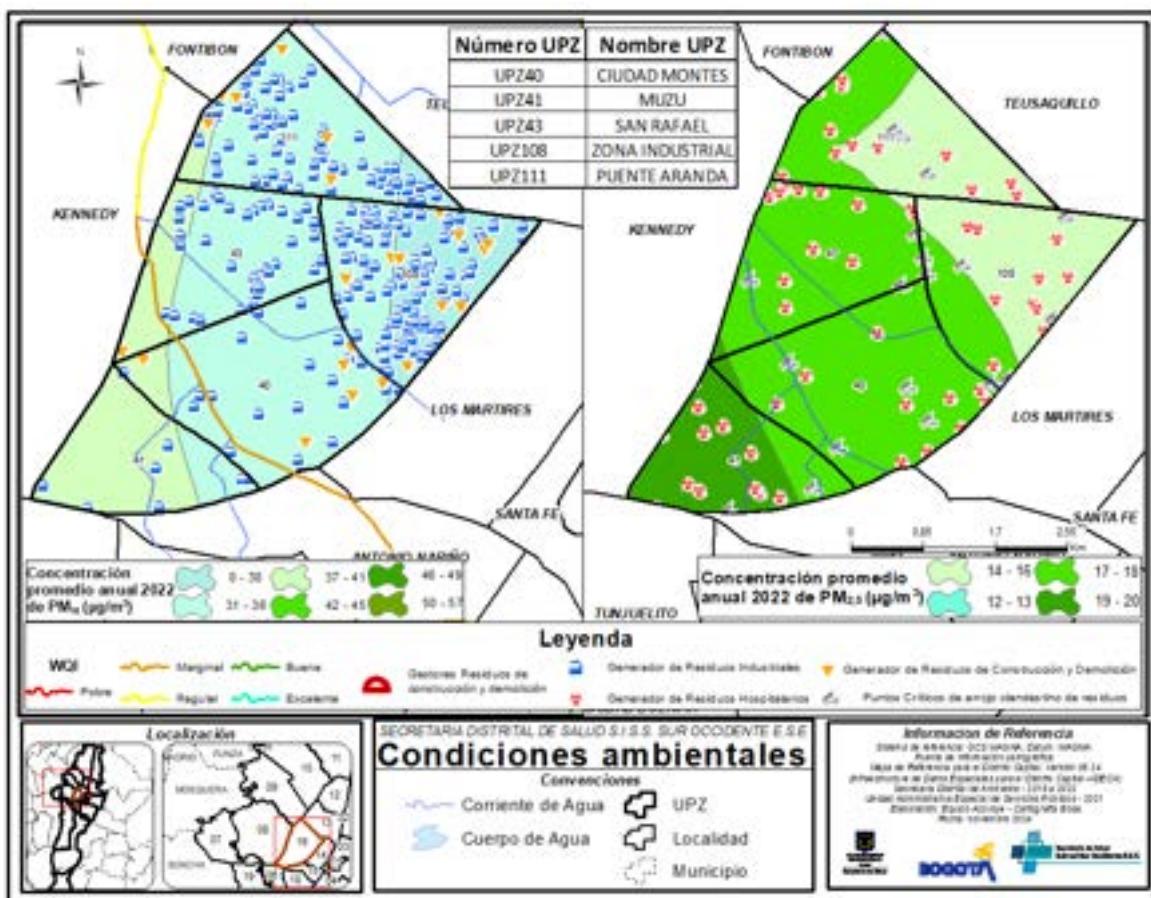
El estudio realizado por Becerra D, et al, determinó que la percepción de incidencia de enfermedades respiratorias es significativamente mayor en personas que perciben la presencia de alguna fuente o molestia por contaminación atmosférica cerca de su lugar de vivienda. Siendo los mayores causantes de molestias, las fuentes móviles por transporte automotor pesado, polvo, ceniza, quema de basura y material particulado de vías y canchas sin pavimentar (12).

Dentro del marco teórico, en la investigación realizada por Barret, C. (13), la contaminación del aire, especialmente por material particulado es peligrosa para la salud humana, y afecta a toda la población, siendo los más vulnerables los menores de 5 años (primera infancia) y los mayores de 60 años (vejez). La relación de calidad del aire y su manifestación en enfermedades respiratorias y cardiovasculares, especialmente se produce en 4 patologías como son las Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, bronquitis, asma, y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas EPOC. Estar expuesto a PM_{2,5} por pocos días aumenta el riesgo relativo de padecer eventos cardiovasculares agudos entre 1 a 3%, tales como Infarto Agudo al Miocardio -IAM-, Accidente Cerebrovascular, Insuficiencia cardíaca, arritmias y muerte cardíaca (12).

La calidad del agua medida por el índice de calidad del agua -WQI- en el tramo del río Fucha en la localidad, se clasifica “marginal” (12) (ver Mapa 3).

Se identificaron también, puntos clandestinos de arrojo de residuos sólidos ubicados heterogéneamente con la siguiente distribución: En la avenida de las Américas entre las avenidas Ciudad de Quito y Cundinamarca; en la cercanía de la cárcel nacional La Modelo, por la avenida de los Comuneros entre el Ferrocarril del Sur; y la avenida de las Américas, en varios puntos del tramo del río Fucha que cruza la localidad y del trayecto de las avenidas Ciudad de Quito y la autopista Sur (ver Mapa 3).

Mapa 3. Condiciones ambientales de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2022

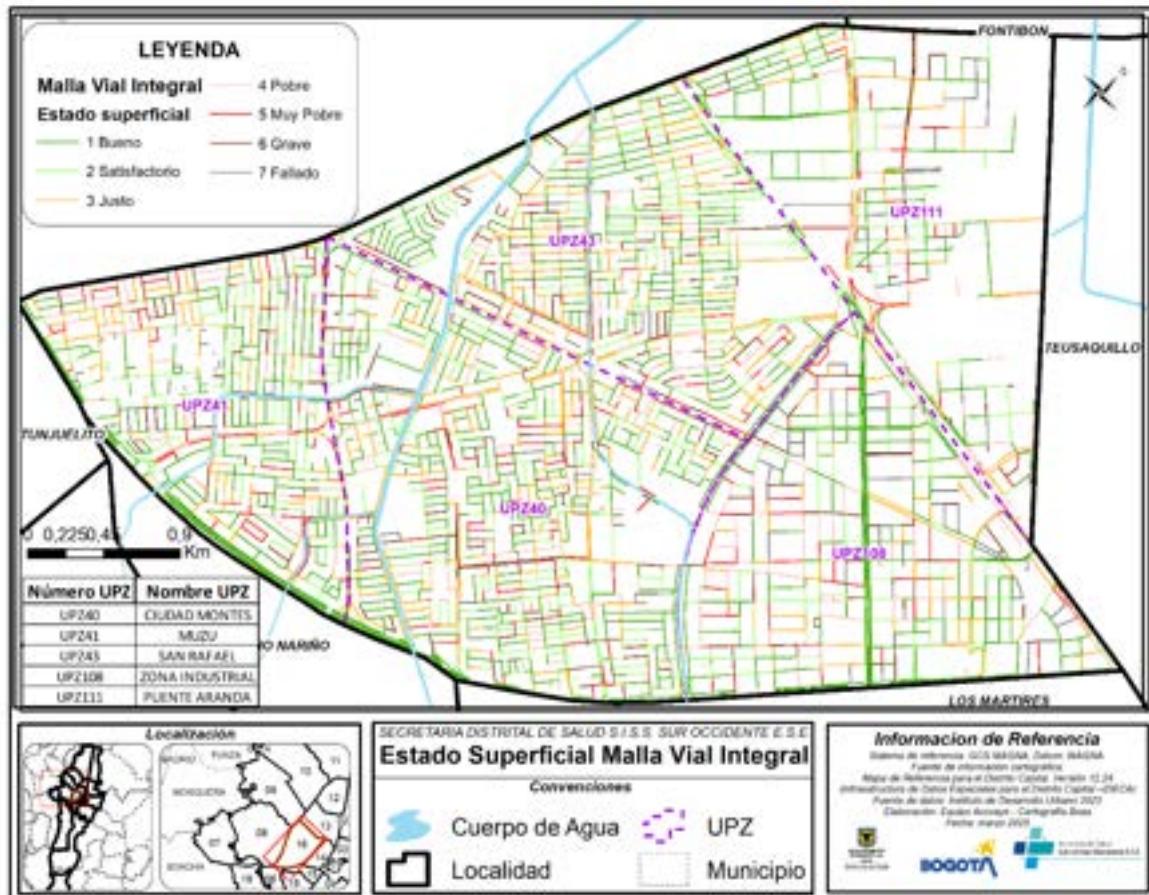


Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2022. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

El estado de la malla vial para la localidad indica que el 36,16% de su estado es bueno, siendo esta malla vial solo susceptible a pequeñas intervenciones; por su parte el 35,50% de la malla vial requiere intervenciones de mayor área con mantenimiento de rutina, siendo estas correspondientes a los estados satisfactorio y justo con el 18,70% y el 16,80% respectivamente; mientras que el 28,34% de la malla vial requiere rehabilitación o reconstrucción. Este 28,34% de malla vial que requiere intervenciones más grandes es de principal interés en salud dado que por los estados de esta se encuentran vías que desprenden material particulado en el aire con el tránsito de automotores y por ende repercute en la

calidad del aire que respiran las personas que viven, transitan y trabajan en cercanías de estas. El 28,34% se ubica en la localidad de manera homogénea en de cada UPZ, pero con la excepción de la UPZ 111 donde se concentra principalmente desde la AK 50 hasta la AK 68 y entre la AC 13 y la CL 16. Sin embargo, el 71,66% restante de la malla vial es de importancia para el sector salud, dado que este estado está relacionado a la accidentabilidad vial por los baches y huecos que presentan en estas vías, y a su vez afectan la movilidad, generando más tiempo de recorrido en un trayecto. (10) (Ver Mapa 4)

Mapa 4. Estado superficial malla vial integral de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2022



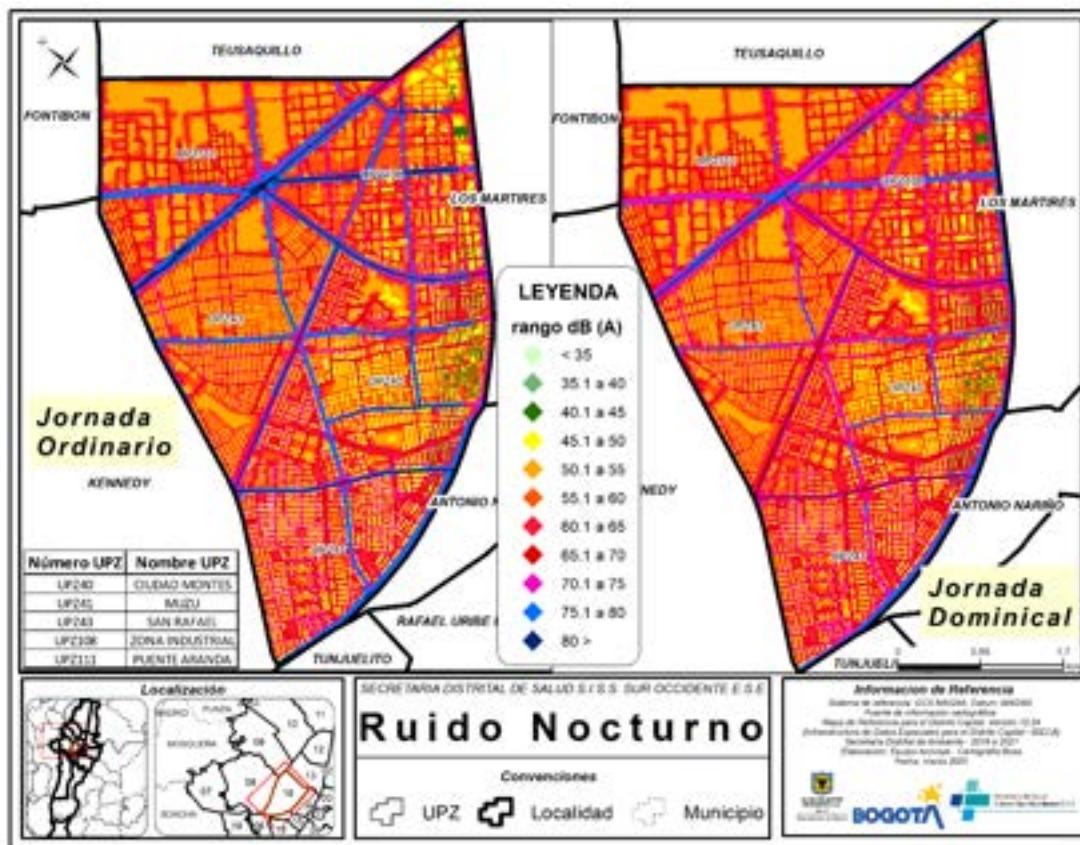
Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2022. Elaboración equipo ACCVSyE
Subred Sur Occidente.

Respecto al ruido ambiental en la localidad, las fuentes sonoras de tráfico aéreo, tráfico rodado y fuentes asociadas a actividades industriales, comerciales y de servicios en decibelios ponderados – dB(A) – entre el año 2018 a 2021 para la jornada ordinaria nocturna (lunes a sábado de 9:00 p.m. a 7:00 a.m.) las UPZ 40 Ciudad Montes y 108 Zona Industrial mantiene el mismo comportamiento en vías que las UPZ anteriores y en las manzanas cercanas a la frontera con estas UPZ sin embargo en las manzanas más lejanas a esa frontera y cercanas a la frontera con la UPZ 40 los valores disminuyen en 5 dB(A) y en las manzanas más cercanas a la AK 30 en 10 dB(A).

La UPZ 41 Muzu su comportamiento es diferente a las otras 4 UPZ, los valores de ruido en las manzanas ubicadas entre la AK 30 y la AK 50 está entre los 45,1 a 50 dB(A) y en las manzanas que están desde la AK 50 hasta la AK 68 aumentan 5 dB(A) y por el contrario a las UPZ anteriores los valores en las vías residenciales son superiores encontrando en la primera zona valores entre 65,1 a 70 dB(A) y en la segunda aumentan en 10 dB(A).

Analizando la jornada dominical nocturna (domingo de 9:00 p.m. a 7:00 a.m.) se vio el mismo comportamiento en toda la localidad, pero en con valores de 5 dB(A) por debajo de la jornada ordinaria nocturna solamente en las vías. (ver Mapa 5)

Mapa 5. Ruido Nocturno de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2018 - 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2018 - 2021. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

Riesgos naturales

El riesgo de inundación en la localidad se ubica en tres zonas específicas: la primera en la ronda del río Bogotá que presenta un riesgo bajo desde el norte hasta su llegada a la UPZ 77 Zona Franca y en los recodos de riesgo medio; una vez el río llega a esta UPZ el riesgo aumenta en la ronda del río y se incrementa el área en riesgo con la mayor área en riesgo medio y la menor en cercanías a la calle 13 con riesgo bajo, conformando la segunda zona de riesgo la cual se caracteriza por ser la que mayor superficie abarca y está dada por la conjunción de las bajas cotas1 en la zona, la ubicación del meandro del Say en la ronda del río Bogotá y la desembocadura del río Fucha en el río Bogotá.

La tercera y última zona se ubica en la UPZ 112 Granjas de Techo, la cual es la segunda área de mayor cabida superficiaria con riesgo en la localidad ubicada en un valle ligeramente plano que es susceptible a inundación entre el río Fucha y el canal San Francisco con un riesgo bajo de esta amenaza.

1.3. Condiciones socio económicas

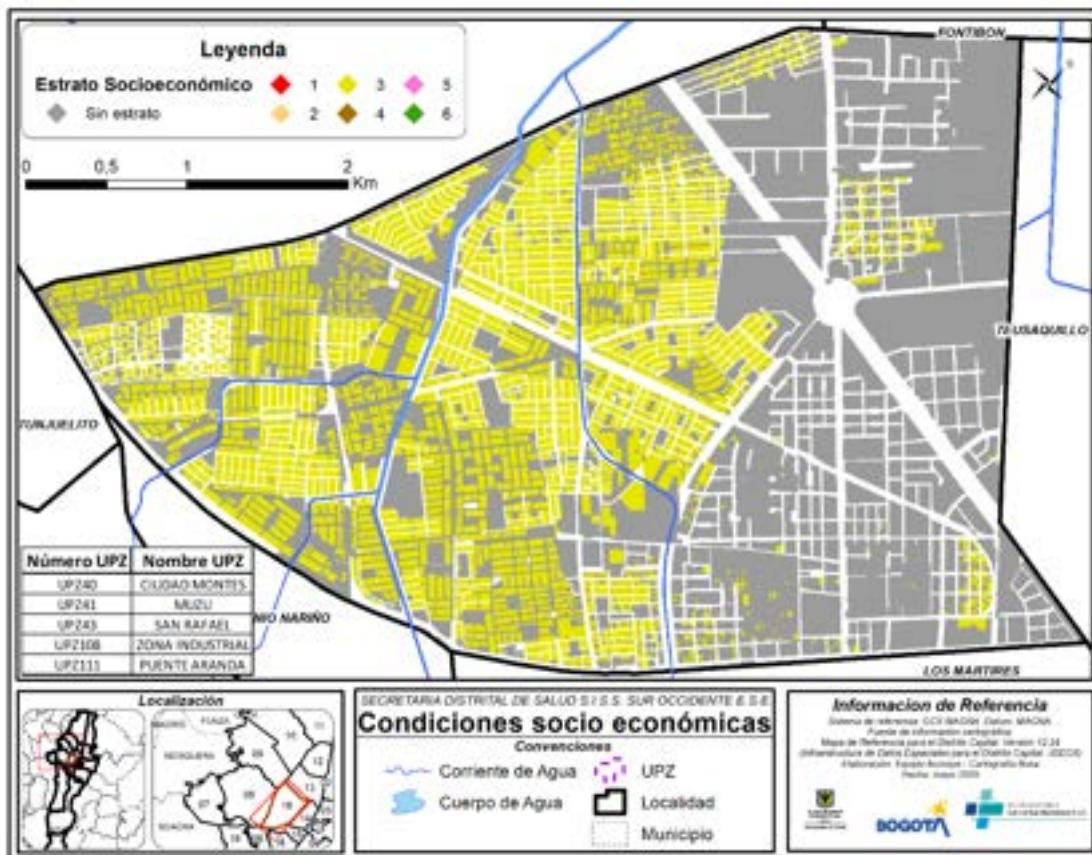
El análisis socioeconómico es fundamental para comprender el contexto en el que se desarrollan las condiciones de vida y salud de la población, aspectos como: el índice de necesidades básicas insatisfechas, índice de pobreza multidimensional, índice de GINI e ingreso per cápita, se convierten en determinantes sociales que influyen directamente en el bienestar y la calidad de vida de las comunidades. La interpretación de estos datos resulta clave para identificar inequidades, establecer prioridades y orientar las intervenciones de salud hacia una mayor equidad y efectividad en la respuesta a las necesidades locales. (14)

Estratificación socio económica

La estratificación socioeconómica es un sistema de categorización de las viviendas a través del cual se clasifica la población en distintos niveles económicos. Este sistema establecido por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- clasifica la residencia en seis estratos (1 al 6), donde el estrato 1 corresponde a la población de menores ingresos y el 6 a la población con ingresos más altos. Vale la pena aclarar que esta clasificación no está basada en los ingresos personales o familiares, si no en características de las viviendas y del entorno (14).

La mayoría de la población de la localidad reside en el estrato 3 con un porcentaje del 61,89% (105.277 unidades prediales), sin estrato que se encuentran con el 38,09% (64.797 unidades prediales) y en el estrato 2 se encuentran 0,02% (36 unidades prediales) (10).

Mapa 6. Estrato socioeconómico de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Elaboración equipo ACCVSyE
Subred Sur Occidente.

En la localidad de Puente Aranda el estrato predominante es el estrato 3 en el cual se localizan en casi todas las UPZ de la localidad y esta de manera uniforme en las UPZ 40 Ciudad Montes, 41 Muzu y 43 San Rafael (Ver mapa 6).

En la UPZ 40 Ciudad Montes, la cobertura de servicios públicos es total y el uso es residencial con sectores de actividad económica en la vivienda y con zonas delimitadas de comercio y servicios.

En la UPZ 41 Muzu, tiene una cobertura total de servicios públicos básicos y en el territorio predominan las viviendas de dos, tres y cuatro pisos, y conjuntos residenciales de apartamentos.

En la UPZ 43 San Rafael, el territorio es residencial con sectores de actividad económica en la vivienda y con zonas delimitadas de comercio y servicios; con comercio conglomerado y zona industrial, siendo una fortaleza en las actividades económicas y la generación de empleo, sin embargo, su principal uso es la vivienda. (10)

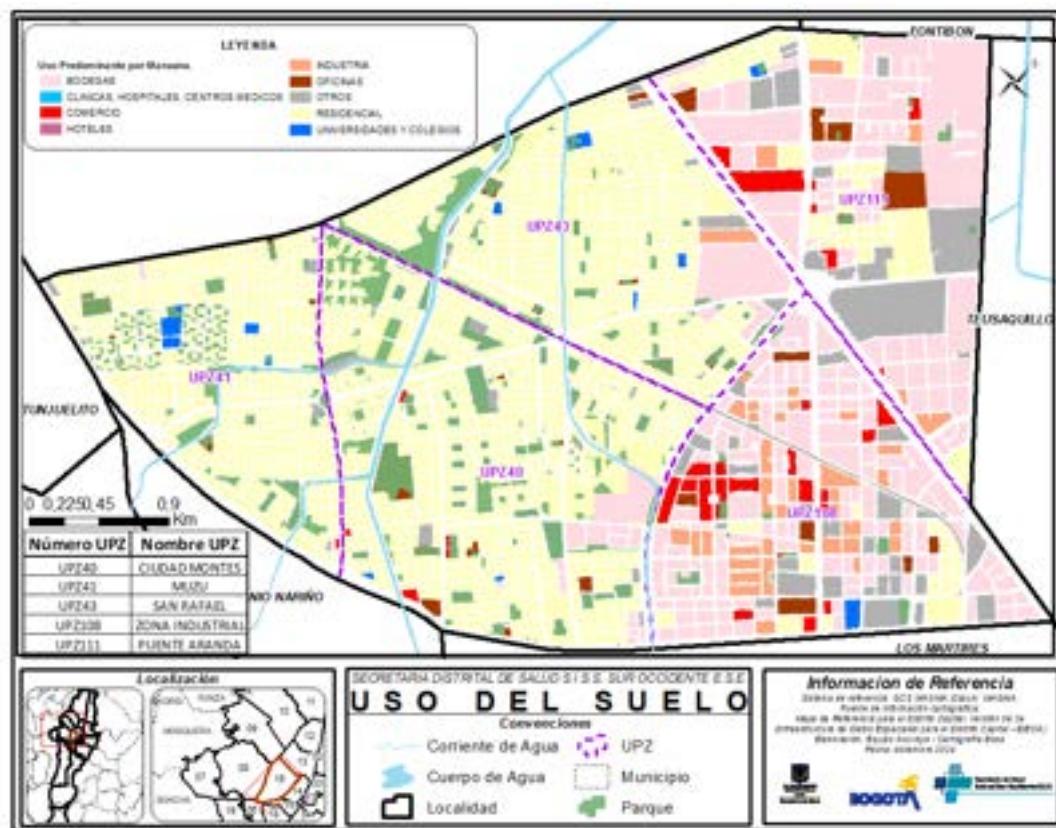
Para el caso de las UPZ 111 de Puente Aranda, se localizan unos pocos predios con estrato 3. La mayoría de esta UPZ está catalogada con predios sin estrato debido a su funcionalidad pues es una UPZ netamente industrial y se concentran otras instituciones como es el caso de la Cárcel Modelo. El mismo

comportamiento ocurre para la UPZ 108 Zona Industrial, donde se concentran algunos predios con estrato 3 y el resto de los predios son catalogados como sin estrato debido a que en esta UPZ también se concentran industrias y otras instituciones. (10)

Uso del suelo

La localidad se destaca por un uso residencial predominante en sus manzanas en las UPZ 40, 41 Y 43, sin embargo, hay zonas en estas UPZ con corredores comerciales en donde se mezclan el uso residencial con el comercial. En las UPZ 108 y 111 cambia la predominancia al uso de bodegas, destacándose en la 108 en segundo lugar el uso de industria y en tercero comercio resaltando las manzanas donde se ubica la zona de San Andresito y en la 111 las manzanas donde se ubican los Outlets, así mismo en esta UPZ se resaltan dos manzanas con otro uso correspondiente a la cárcel la Modelo y al Cantón Occidental de Ejercito Nacional (Ver Mapa 7) (10).

Mapa 7. Estrato socioeconómico de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Elaboración equipo ACCVSyE
Subred Sur Occidente.

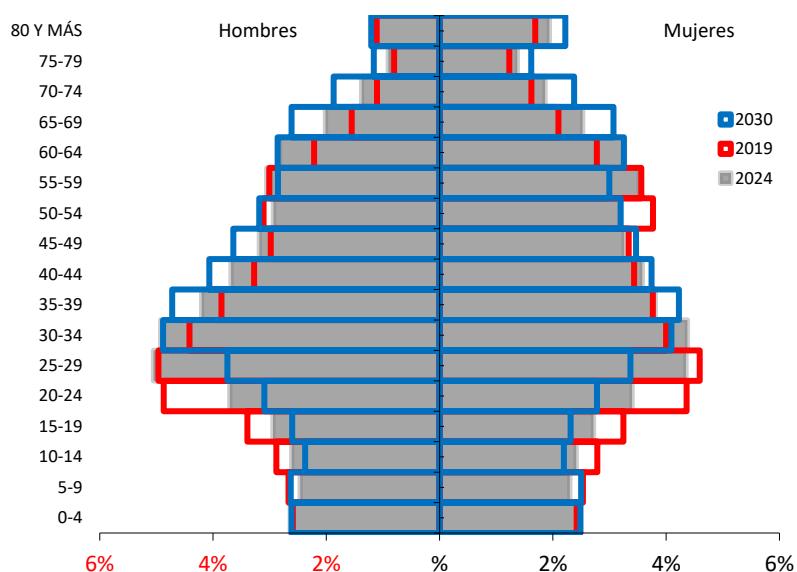
1.4. Estructuración poblacional y demográfica

Para el año 2024, según censo DANE 2018, la localidad de Puente Aranda cuenta con 258.034 habitantes de los cuales el 47,5% (n=388.871) son hombres y el 52,5% (n=430.570) son mujeres. Esta población representa el 8,6% de la población de influencia de la Subred Sur Occidente y el 3,2% del Distrito Capital.

Estructura demográfica

Para el año 2019, la estructura de población de la localidad de Puente Aranda, presentó una forma característica de pirámide regresiva, pues se aprecia que se ha reducido levemente la base de la pirámide, indicando descenso de la natalidad, adicionalmente la estructura en los grupos jóvenes de edades productivas es amplia, y la cúspide presenta un ensanchamiento en el grupo de mayores de 80 años y más adultos mayores. Para el año 2021, la pirámide continúa siendo regresiva, se destaca una disminución moderada en el grupo poblacional de infancia y adolescencia, se concentra la mayor parte de la población en las edades productivas, en especial se observa en el grupo poblacional de 25 a 29 años, tanto en hombres como en mujeres (Ver Gráfica 1).

Gráfica 1. Pirámide poblacional, localidad Puente Aranda, años 2019, 2024, 2030



Fuente: Proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018

Según distribución por momentos de curso de vida para localidad de Puente Aranda se observa mayor peso porcentual en Aduldez con 46,4%, así mismo por sexo donde en hombres representa el 22,2% y mujeres el 24,2%, le sigue vejez con 18,2%, para hombres registra el 7,5% y mujeres el 10,7%. (ver Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la población por momento de curso de vida, localidad de Puente Aranda, año 2024

Momento de Curso de Vida	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	N	%	N	%
Primera Infancia (0 a 5 años)	19.327	2,4	18.737	2,3	38.064	4,6
Infancia (6 a 11 años)	26.477	3,2	26.106	3,2	52.583	6,4
Adolescencia (12 a 17 años)	27.534	3,4	27.593	3,4	55.127	6,7
Juventud (18 a 28 años)	72.062	8,8	72.144	8,8	144.206	17,6
Aduldez (29 a 59 años)	181.965	22,2	198.553	24,2	380.518	46,4

Momento de Curso de Vida	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	N	%	N	%
Vejez (60 y más años)	61.506	7,5	87.437	10,7	148.943	18,2
TOTAL	388.871	47,5	430.570	52,5	819.441	100

Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE - CNPV 2018

Otros indicadores de estructura demográfica

Esta serie de indicadores permite analizar la estructura poblacional por edades y en diferentes ámbitos territoriales, mostrando tendencias importantes en la dinámica demográfica. La relación hombres/mujeres mide la proporción entre hombres y mujeres. En 2019, por cada 95 hombres había 100 mujeres; en 2024, esta relación fue de 99 hombres por cada 100 mujeres, y para 2030 se proyecta que será de 100 hombres por cada 100 mujeres, mostrando una tendencia decreciente.

La razón niños/mujeres representa la relación entre niños (0-4 años) y mujeres en edad fértil (15-49 años). En 2019, había 19 niños por cada 100 mujeres en edad fértil, disminuyendo a 20 en 2024. Se proyecta que este indicador se estabilice en 21 niños por cada 100 mujeres para 2030, con una tendencia general de reducción (ver Tabla 2).

El índice de infancia refleja la proporción de menores de 15 años en la población total. En 2019, 16 de cada 100 personas eran menores de 15 años; en 2024, esta cifra bajó a 15, y para 2030 se espera se mantenga en 15, en concordancia con la disminución de la base de la pirámide poblacional.

El índice de juventud mide la proporción de personas entre 15 y 29 años en la población total. En 2019, 25 de cada 100 personas pertenecían a este grupo etario; en 2024, fueron 22, y se proyecta que en 2030 esta cifra baje a 18, lo que coincide con el ensanchamiento de los grupos etarios centrales en la pirámide poblacional (ver Tabla 2).

El índice de vejez analiza la proporción de personas mayores de 65 años respecto a la población total. En 2019, 11 de cada 100 personas tenían más de 65 años; en 2024, esta cifra aumentó a 13, y se proyecta que alcance 16 en 2030, evidenciando un incremento progresivo de este grupo.

El índice de envejecimiento expresa la relación entre la población mayor de 65 años y los niños y jóvenes. En 2019, por cada 100 niños y jóvenes había 71 personas mayores de 65 años; en 2024, esta relación aumentó a 88, y para 2030 se estima que llegue a 109, reflejando un cambio en la distribución poblacional hacia un envejecimiento progresivo (ver Tabla 2).

El índice demográfico de dependencia muestra la relación entre la población dependiente (menores de 15 años y mayores de 65) y la población económicamente activa (15 a 64 años). En 2019, por cada 100 personas económicamente activas había 37 dependientes; en 2024, esta cifra aumentó a 38, para 2030 se proyecta que continúe aumentando a 44, marcando una tendencia al alza.

El índice de dependencia infantil analiza la relación entre la población menor de 15 años y la población económicamente activa. En 2019, había 22 menores de 15 años por cada 100 personas económicamente activas; en 2024, esta cifra se redujo a 21, y para 2030 se espera que baje a 21, debido a la disminución de la fecundidad y al aumento de la población activa (ver Tabla 2).

El índice de dependencia mayores mide la relación entre la población mayor de 65 años y la económicamente activa. En 2019, había 15 personas mayores de 65 años por cada 100 económicamente activas; en 2024, este valor aumentó a 18, y para 2030 se proyecta que llegue a 23.

El índice de Friz analiza el porcentaje de población menor de 20 años respecto al grupo de 30 a 49 años. En 2019, el índice fue de 77,4, lo que indicaba una población madura; en 2024, este índice disminuyó a 66,3, y se calcula que en 2030 sea de 60,0, mostrando un proceso activo de envejecimiento de la población (ver Tabla 2).

Tabla 2. Otros indicadores de estructura demográfica, localidad de Puente Aranda, años 2019, 2024, 2030

Índice Demográfico	Año		
	2019	2024	2030
Población total	247.237	258.034	263.270
Población Masculina	120.652	128.107	131.947
Población femenina	126.585	129.927	131.323
Relación hombres: mujer	95,31	98,60	100
Razón niños: mujer	19	20	21
Índice de infancia	16	15	15
Índice de juventud	25	22	18
Índice de vejez	11	13	16
Índice de envejecimiento	71	88	109
Índice demográfico de dependencia	37,15	38,98	44,77
Índice de dependencia infantil	21,77	20,73	21,41
Índice de dependencia mayores	15,38	18,25	23,35
Índice de Friz	77,49	66,35	60,02

Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE - CNPV 2018

Dinámica demográfica

En 2012, la localidad tenía 242.138 habitantes, disminuyendo a 241.114 en 2017, lo que representa un decrecimiento del 0,4%. Para 2022, la población alcanzó 255.123 habitantes, un incremento del 6% respecto a 2017.

La tasa bruta de natalidad -TBN-, nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, muestra una tendencia descendente, pasando de 10,1 en 2017 a 7,1 en 2022, una reducción de 3,0 puntos. La tasa bruta de mortalidad (TBM), defunciones por cada 1.000 habitantes, se mantuvo estable entre 2012 y 2017, oscilando entre 5,2 y 5,6. Sin embargo, en 2022 aumentó a 6,0, el valor más alto del periodo (ver Tabla 3).

La tasa de crecimiento natural -TCN-, que refleja la diferencia entre natalidad y mortalidad, evidencia un crecimiento poblacional positivo en la localidad de Puente Aranda, aunque en descenso, pues pasa de 7 en 2012 a 1 en 2022. Este crecimiento natural se debe principalmente al balance positivo entre nacimientos y defunciones, lo que caracteriza a la localidad como joven, en transición demográfica y con alta capacidad reproductiva (ver Tabla 3).

Tabla 3. Resumen de indicadores demográficos, localidad de Puente Aranda, 2012, 2017, 2022

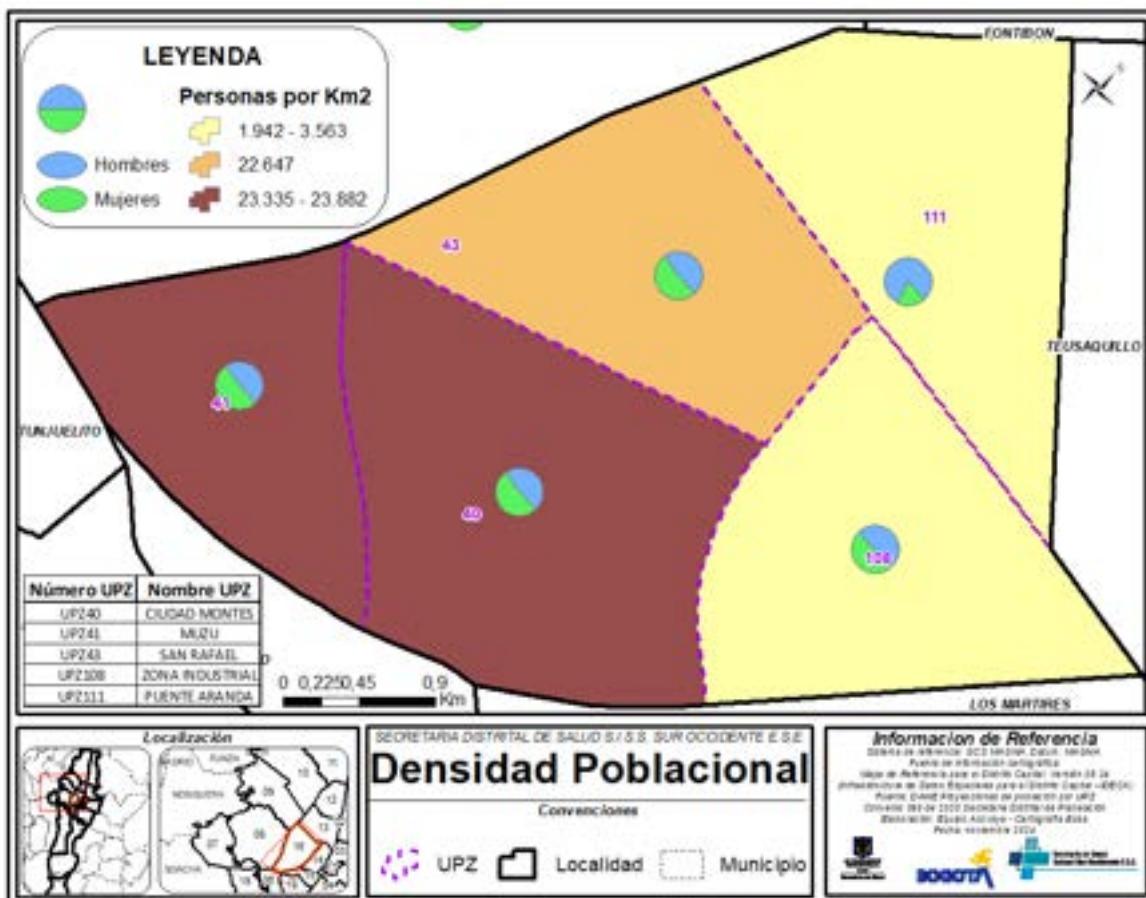
INDICADOR	2012	2017	2022
Proyecciones de población	242.138	241.114	255.123
Tasa de crecimiento poblacional (%)		-0,4	6
Tasa de crecimiento natural	7	5	1
Tasa bruta de natalidad (TBN)	12,6	10,1	7,1
Tasa bruta de mortalidad (TBM)	5,2	5,6	6,0
Tasa global de fecundidad (TGF)	43,9	37,1	27,4

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de Saludata indicadores demográficos localidades y Bogotá

Distribución Según área geográfica y territorios

La localidad de Puente Aranda tiene una extensión de 17,3 km², con una densidad poblacional de 14.925 habitantes/km² para el año 2024. A nivel de las UPZ se encuentra que la UPZ 40 Ciudad Montes con 23.335 habitantes/km² es la que presenta mayor densidad poblacional, con una proporción de 40,2% de la población de la localidad y la UPZ de menor densidad es la 111 Puente Aranda con una densidad poblacional de 3.563 habitantes/km² y una proporción poblacional del 4,9% respecto a la localidad (10) (ver Mapa 8).

Mapa 8. Densidad Poblacional de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Elaboración equipo ACCVSyE
Subred Sur Occidente.

Poblaciones Diferenciales

Población LGBTIQ+

Las siglas LGBTIQ+ se utilizan para describir a los diversos grupos de personas que no se ajustan a las nociones convencionales o tradicionales de los roles de género masculinos y femeninos. La sigla es una forma de agrupar, no es fija y evoluciona rápidamente, en la medida en que emergen nuevas formas identitarias que incluyen a personas como a los Queers (15).

Para el 2017 la Secretaría Distrital de Planeación -SDP- identificó que en Bogotá había 52.704 personas del sector LGBTI con mayor participación de hombres gais reconociendo a 25.073 dentro del mismo; por otro lado, el sector con menos representación son los hombres transgéneros, en el que se reconocieron 322 para todo el Distrito. Dentro de la misma caracterización se posiciona la localidad de Puente Aranda como la cuarta localidad de la subred respecto a la presencia del sector LGBTI, distribuidas de la siguiente forma; 163 personas lesbianas, 291 personas gais, 53 personas bisexuales, 52 mujeres trans, 24 hombres trans y 24 personas intersexuales (15).

En la Encuesta bienal de culturas 2015, realizada sobre representaciones sociales se analizó los imaginarios de la ciudadanía en relación con la prohibición a las personas de los sectores LGBTI de una serie de acciones, lo cual se conoce como indicador de prohibición. Al respectó en la localidad de Puente Aranda al preguntar ¿suele usted sentirse angustiado por temor a ser agredido (a) por su orientación sexual? la población femenina manifestó sentirse angustiada por temor a ser agredida por su orientación sexual en un 8,7% (9.376), mientras que el 88,5% (95.382) expresó no tener ningún temor frente a estas circunstancias. En relación a la población masculina, el 4,8% (4.360) aseguró sentirse atemorizado frente al 93,9% (85.295) que no lo sienten así. Por lo tanto, se puede observar que la población femenina se ha sentido atemorizada en mayor proporción que la población masculina.

Población en Situación de Habitanza en Calle

El término habitante de calle hace referencia a

“todo ciudadano o ciudadana que permanece en calle durante días continuos o se ubica temporalmente en un lugar especial de alojamiento (instituciones privadas o públicas, paga diarios o lugares de consumo) y hace de la calle su espacio físico, social y cultural en donde solventa todas sus necesidades” (16).

Para el 2024, según el censo de habitantes de calle realizado por el DANE, Puente Aranda, es la cuarta localidad después de Santa Fe, Mártires y Kennedy con mayor presencia de personas con habitanza en calle. Frente a las localidades que integran la Subred, Puente Aranda ocupa el segundo lugar con mayor presencia de habitantes en condición de calle donde se registran 625 personas aproximadamente de las cuales el 47,2% corresponde a población masculina (28). De igual forma se identifica que el momento de curso de vida que más registra esta condición corresponde a la población adulta entre los 28 y 39 años (17). (18)

Respecto a las condiciones de salud pública se identifica que del 52,5% de los habitantes de calle entrevistados para la localidad de Puente Aranda, 93,5% es decir 232 personas duermen en la calle, lo que implica una mayor posibilidad de contraer enfermedades por las condiciones sanitarias y las temperaturas a las que se enfrenta la población, sumado al consumo de algún tipo de sustancia, ya que, para el caso de Puente Aranda, 237 personas de las 248 encuestadas manifestaron ser consumidores de algún tipo de sustancia.

En las UPZ 40 Ciudad Montes y UPZ 41 Muzu, en los Barrios Ciudad Montes y Alcalá según la base de datos de vigilancia comunitaria de Vigilancia en Salud Pública de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E años 2018 y 2020 evidencio que a lo largo del caño se encuentra gran número de habitantes de calle generando una considerable cantidad de residuos sólidos, malos olores y percepción de inseguridad para los habitantes del sector.

En el año 2023 se realizó un ejercicio distrital con la población y se diseñó la *Encuesta de caracterización sobre calidad de vida, salud y enfermedad de población en situación de habitanza en calle en Bogotá*, la cual se aplicó durante las diferentes actividades como jornadas de autocuidado y recorridos de identificación de habitante de calle. Se aplicaron un total de 573 encuestas de población residente en el distrito, de la cual el 3,7% (n=19) correspondió a la localidad de Puente Aranda, el 90,5% de los encuestados fueron hombres, por grupos de edad la mayor proporción de la población se encontraba entre los 25 a 29 años y 30 a 34 años con el 21,0% respectivamente (19).

Actualmente el distrito cuenta con 13 centros para la atención de habitantes de calle o en riesgo de estarlo estos espacios están diseñados para brindar atención a necesidades básicas y de alimentación y ofrecer apoyo integral y apoya la búsqueda activa de oportunidades laborales, integración a la sociedad, estos centros son: Hogar de día paso y noche-Bakata; centro de Atención Transitorio; Comunidades de vida, Hogar el Camino; Centro para el Desarrollo de Capacidades; Enlace Social; Centro de Alta Dependencia Funcional, Física, Mental o Cognitiva La mesa Cundinamarca, La Rioja; Hogar de Paso Mujeres Diversas; Hogar de Paso para Habitantes de Calle, Carreteros y sus animales de compañía; Hogar de paso Calle 18, Hogar de paso noche y día Cr 13;Comunidad de vida granja integral-Sasaima, Cundinamarca. Esto se ve reforzado por el acompañamiento constante de la estrategia de la Tropa Social.

En Puente Aranda, para esta población se destaca la existencia de un centro de atención transitorio localizado en la Cra 35 10 69, en el cual las Personas en Situación de Habitación de Calle pueden realizar procesos de atención integral con enfoque diferencial, acceder a servicios de alimentación y atención prioritaria inicial en Salud, además de la Unidad de Protección Integral Centro Oasis 1 y 2, localizado en Calle 10 a 45 09, en el cual pueden recibir apoyo psicosocial, socio legal, alimentación y un dormitorio, el hogar de paso Carrera 35, ubicado en Cra 35 10 35 donde se ofrecen no solo servicios de alimentación, aseo y atención integral, además posee un enfoque diferencial para hombres, mujeres, personas LGBTI y atención para personas en condición de discapacidad y un centro de cuidado transitorio en la Ac 19 32-56. (20) (21)

Víctimas de Conflicto Armado -VCA-

Según el Boletín Trimestral de Víctimas de Conflicto Armado con corte de julio a septiembre de 2024, se registraron en Bogotá 353.759 VCA (4,7% de la población total de la ciudad), lo que con respecto a las 388.441 registradas con corte a 31 de julio de 2024 representa un decrecimiento de 34.682 víctimas (6,4%). Estos cuentan con un total de 424.998 hechos victimizantes, la mayor proporción fue el desplazamiento forzado con el 75,2% (n= 319.952), seguido por amenaza con el 9,2% (n= 39.169) y homicidio con el 8,5% (n=35.980).

Por momento de curso de vida el mayor número de víctimas en Bogotá se encuentra en la adultez con el 50,2% (n=177.744), seguido por la juventud con el 20,5% (n=72.429). El 85% (n=300.770) de las VCA no se identifican con pertenencia étnica, el 9,5% (n=33.578) se identifica como comunidad negra o afrocolombiana, el 5% (n=17.681) como indígena, el 0,36% (n=1.273) como población Rom, el 0,09% (n=333) como raizales y el 0,04% (n=124) como palenqueros; por otra parte, el 4,8% (n=16.936) de las víctimas presentó alguna discapacidad (22).

La localidad de Puente Aranda para el tercer trimestre del año 2024, registró un total de 6.627 VCA, ocupando el onceavo puesto a nivel distrital y el tercero a nivel subred con más víctimas del conflicto armado. la Pobreza Multidimensional para esta población a nivel local presenta un 6,40% y hay un total de VCA con metodología Sisbén IV del 34,7% (n= 2.576)

Como se observa en el Informe de Inclusión de Víctimas y desmovilizados 2019, el conflicto armado que se ha vivido en el país durante décadas, perpetuó las condiciones para que hoy en día las víctimas y los desmovilizados continúen estando en desventaja frente al resto de la población en aspectos como la salud, los ingresos, la educación, y los derechos laborales, según la Unidad de Víctimas, el 40% de los hogares desplazados no generan ingresos, el 38% de la población víctima que se encuentra buscando trabajo, no reporta tener experiencia laboral; este porcentaje es mayor que el promedio de personas que buscan trabajo, el cual es de 34,1% (23).

El 9,7% de la población víctima mayor de 15 años es analfabeta mientras que el promedio nacional es de 5,7%, este porcentaje se incrementa para los mayores de 40 años donde asciende a 21% de la población, adicionalmente más del 65% de esta sufre algún trastorno mental, pero menos del 25% busca atención psicológica; de los cuales menos del 20% logra recibir ayuda a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- (23).

Población en condición de discapacidad

Según el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD- del MSPS y la Secretaría Distrital de Salud durante el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2020 y el 30 de junio de 2024, en la ciudad de Bogotá se reconocen 63.055 personas certificadas con discapacidad. Para la localidad de Puente Aranda se reconocen 1.840 personas certificadas con discapacidad.

En cuanto a la identidad de género la mayor proporción se auto reconoció como hombre con el 46,7% (n=860). Según momento de curso de vida, 762 se encuentran en adultez representando el 41,4%, seguido de Vejez con 25,5% (n=471).

De acuerdo con el tipo de discapacidad se registró principalmente la discapacidad física con el 58,5% (n=1.077), seguida de múltiple con 41,9 % (n=772). Respecto al origen de la discapacidad, el 47,8% (n=880) por enfermedad general, seguida de Alteración genética o hereditaria con 16,6% (n=305).

Pueblos y comunidades étnicas

Para el año 2018, se autor reconocieron 1.894 personas de la localidad dentro de algún grupo étnico, lo que equivale al 0,73% de la población para este año, donde el 49,3% (n= 934) corresponde a mujeres y el 50,7% (n=960) corresponde a hombres. El grupo étnico de mayor representación en la localidad es el afrocolombiano o afrodescendiente con el 79,0% (n=1.496), seguido del grupo étnico indígena con el 17,5% (n=332), en tercer lugar, se encuentra el grupo étnico Raizal del Archipiélago de San Andrés con el 1,7% (n=32) (ver Tabla 4).

Tabla 4. Autorreconocimiento étnico, localidad de Puente Aranda, año 2018

Autorreconocimiento Étnico	Mujeres	Hombres	Total	%
Palanquero de San Basilio	2	3	5	0,3%
Rrom (gitana)	14	15	29	1,5%
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	10	22	32	1,7%
Indígena	168	164	332	17,5%
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	740	756	1.496	79,0%
TOTAL	934	960	1.894	100,0%

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018

La mayoría de los Rrom se encuentran ubicados en la localidad de Kennedy (80%), seguido de la localidad de Puente Aranda (8%) y en menor escala en Barrios Unidos, Chapinero y Engativá. Esta ubicación se da porque la *kumpaňa* (comunidad) se encuentra en la localidad de Kennedy y prefieren permanecer cerca de su comunidad, apoyándose de las organizaciones ProRrom y Unión Romaní radicadas en la localidad de Puente Aranda. Así mismo, la ocupación en estos territorios es debido a las dinámicas económicas y de asentamiento particulares que se dieron en los años 50 en Bogotá, así lo muestra el siguiente relato:

“[...] En la localidad de Puente Aranda donde antiguamente era Nacional de Chocolates había una zona sin construcción donde llegaron los gitanos con sus carpas, en ese tiempo el alcalde de Bogotá, les ofreció ese terreno para que se quedaran y fuera territorio de gitanos, pero el pensamiento del gitano no era quedarse y hacer raíces en un lugar, sino recorrer, conocer, andar, viajar de lugar en lugar y no aceptaron. Con algunas excepciones, una de ellas, el señor José Demetrio “Cacobaña” como lo llamamos nosotros, se hizo a un lote muy cerca de ahí, diagonal a la iglesia ubicada en la Cra. 56 con calle 17, donde tenía un local de mecánica y uno de latonería, donde por costumbre y cultura gitana, se recibía a todo aquel que viniese de cualquier lugar del mundo con mucho aprecio por ser gitano...”

Esta población vive en los barrios Trinidad Galán, San Rafael, La Primavera, La Francia y La Pradera, además, en el año 2022 se inauguró en la localidad la única casa Gitana de la ciudad. (11)

Pueblos indígenas

A partir de los listados censales remitidos por el Consejo Consultivo Indígena de Bogotá, al mes de junio de 2022, se estimó una población de 21.609 personas con autorreconocimiento indígena a nivel distrital, distribuidos de manera dispersa en 19 de las 20 localidades de la ciudad.

Para la localidad de Puente Aranda, la concentración poblacional indígena corresponde a menos del 5%, en donde se evidencian algunos asentamientos por parte del pueblo de los Pastos cuyos lugares de procedencia son los departamentos de Nariño y Putumayo, y provincia ecuatoriana de Carchi, los cuales se reconocen como pueblo binacional (24).

Comunidades Negras Afrocolombianos, Raizales, Palenqueros -NARP-

En el Distrito, según la información suministrada para el año 2019 hay una representatividad importante de las comunidades Negras y Afrocolombianas con 8.350 individuos. Esta población Presenta un tipo de 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 eminentemente joven y con perspectivas de crecimiento, lo cual es positivo ya que refleja una población productiva, mayor mano de obra para trabajar sin tener la carga del Estado con respecto a los adultos mayores. Hay mayor concentración poblacional en el rango de 25 a 29 años lo que representa el 12,3% (n=1.034) y en el rango de 20 a 24 con el 11,7% (n=974); con un predominio en la población de mujeres representada con el 58,2% (n=4.868) (25).

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 corresponde a 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, que corresponde al 13,0% del total observado. Mientras que las mujeres corresponden al 58,2% (n=4.868), destacándose con mayor proporción en edades entre los 25 y 29 años con el 13,1% (25).

De acuerdo con los resultados de la EM 2021, 52.320 personas se autorreconocen como población negra afrocolombiana residente en la ciudad de Bogotá, de los cuales en Puente Aranda residen 3,5% (n=1866).

Población Migrante

Bogotá es una de las ciudades que ha recibido el mayor número de migrantes, con una estimación de alrededor de 416.145 en 2021 (equivalente a un 5,3% del total de población bogotana). Adicionalmente, se evidenció un aumento del 286% comparando con la cantidad de población de 2017 que era de 107.881 migrantes. Es relevante resaltar que para el 2017 la mayor proporción de migrantes eran de nacionalidad venezolana con el 65,5% (n=70.662) y para el 2021 se incrementó notablemente hasta alcanzar el 92,5% (n= 384.934).

Como señala Migración Colombia para 2020, Bogotá es la principal ciudad con población procedente de Venezuela (n=1.742.927), seguida de Barranquilla, Cúcuta, Medellín, Cali y Cartagena, que albergan un poco más del 40% del total de los venezolanos que estarían radicados en el país. Las dinámicas de movilidad en Bogotá han tenido variaciones debido al aumento del flujo migratorio siendo los años 2017 y 2018 los que presentan mayor registro (26).

En este sentido, se identifica que la puerta de entrada a Bogotá se da por la zona Sur Occidente, particularmente, La Terminal de Transporte Salitre, y Kennedy es la principal localidad de llegada en la subred Sur Occidente. Posteriormente, 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% de los venezolanos vive en estratos 2 y 3 en localidades como Kennedy 14,6% Suba 14,3%, Bosa 10,3% y Engativá 10,3%”, y en un menor porcentaje en la localidad de Puente Aranda con el 3,4 % (27).

Pese a la escasa información desagregada para la localidad sobre este fenómeno, si es posible establecer que debido a la estratificación que tiene la localidad para la mayoría de su territorio, se dificulta la obtención de ayudas por parte del estado, así como la caracterización detallada de las mismas, tanto para la población migrante como para la población habitante de calle, aumentando la pobreza y las condiciones de vulnerabilidad a las cuales se tienen que enfrentar.

1.5. Acceso a servicios y bienes

El sistema vial y de transporte está constituido por la interconexión de cuatro mallas jerarquizadas de acuerdo a sus características funcionales en materia de centralidad, volumen de tránsito, y conectividad, entre las mismas: la malla arterial principal (V1), la red de mayor jerarquía que actúa como soporte de la movilidad y accesibilidad metropolitana y regional; la malla arterial complementaria (V2), articula operacionalmente a la malla vial principal y la malla vial intermedia; la malla vial intermedia (V3), está constituida por una serie de tramos viales que permean en la retícula conformada por las mallas arterial principal y complementaria, sirviendo como alternativa de circulación a éstas. Permite el acceso y la fluidez de la ciudad a escala zonal y la malla vial local (V4), conformada por los tramos viales cuya principal función es la de permitir la accesibilidad a las unidades de vivienda.

La localidad de Puente Aranda cuenta con un total de 426,60 kilómetros carril en vías de diferentes tipologías. El POT de Bogotá, establece que el sistema vial de Bogotá se clasifica en las siguientes clases: Malla vial arterial, Malla vial intermedia, Malla vial local, Malla vial peatonal y Malla vial rural. En la localidad de Puente Aranda se encuentran vías como Malla vial arterial, Malla vial intermedia y Malla vial local; así mismo, se encuentran avenidas principales pertenecientes a la malla vial arterial tales como la Avenida las Américas, AC 13, AC 3, AC 6, AC 8 SUR, AC 26 SUR, AK 68, AK 50, AK 30 y la Autopista Sur (10).

Acceso a servicios y bienes

El acceso a servicios y bienes en la localidad está enmarcado en la oferta de transporte público, red de ciclo rutas y malla vial al que pueden acceder las personas residentes de cada UPZ para movilizarse en la misma UPZ o a otras UPZ de la localidad.

La localidad cuenta con 369 paraderos que le dan acceso a la población a 58 rutas del SITP y dos trocales de Transmilenio: una por las Avenidas Calle 13 y que gira a las Américas en la carrera 50 con 6 estaciones en su trayecto; la otra troncal por la Avenida Carrera 30 y la Autopista Sur con 10 estaciones.

Así mismo la población que reside cerca de la Avenida Carrera 68 en las UPZ 41 Muzu, 43 San Rafael y 111 Puente Aranda podrán acceder a la troncal de Transmilenio en construcción en esta vía arterial por medio de 9 estaciones.

El metro de Bogotá que se encuentra en construcción para la primera línea tendrá acceso a esta localidad por medio de tres estaciones, dos en la Avenida Primera de Mayo y una en la Autopista Sur.

La red de ciclorrutas en la localidad permite una conexión local e inter local únicamente en dirección norte sur y viceversa de manera continua; aunque existen tramos de ciclorrutas en sentido oriente occidente y viceversa, estos tramos no son continuos en su conexión de estos puntos cardinales.

La red férrea de la localidad cuenta con dos líneas: una línea que va desde el límite con la localidad de Fontibón en la AK 68 y atraviesa la localidad por toda la AC 22 o Avenida Ferrocarril hasta la AK 30 en donde entra a la localidad de Los Mártires; la otra línea va desde la frontera con la localidad de Kennedy en la intersección de las Avenidas Carrera 68 y la Primera de Mayo y va hasta la Avenida las Américas con la AC 22 en donde se intercepta con la otra línea férrea, sin embargo, esta línea que viene desde Kennedy no se encuentra en uso actualmente.

Oferta de servicios y bienes

La plataforma de servicios de cuidado y sociales, está conformada por los sistemas generales de servicios públicos, de movilidad y de equipamientos, cuya finalidad es garantizar a las centralidades que conforman la estructura socio económica y espacial y las áreas residenciales, el cumplimiento adecuado con sus respectivas funciones y se garantice de esta forma la funcionalidad del Distrito Capital en el marco de la red de ciudades del Plan de Ordenamiento Territorial –POT–.

La plataforma de servicios de cuidado y sociales de la localidad está conformada en primer lugar por los Centros de Salud y Hospitales de la red pública de salud pertenecientes a la Subred Sur Occidente, las sedes que ofertan servicios de salud en la localidad están distribuidas así: 3 Centros de Salud de los cuales se localizan en las UPZ 40 Ciudad Montes, 41 Muzu y 43 San Rafael; adicionalmente la distancia promedio entre sedes en auto de 3,6 km y a pie es de 3,2 km, sin sedes por debajo de 1 km lo cual no permite una accesibilidad universal peatonal a la población cercana a estas sedes entre sí (28) (ver mapa 9). Adicional a lo anterior, se prestan servicios de bajo nivel de complejidad a través de un Centro de Atención Prioritaria en Salud -CAPS-, en el cual se atienden consultas de medicina general, especialidades, consultas prioritarias, ayudas diagnósticas, medicamentos y rehabilitación. Así mismo en esta plataforma de servicios de cuidado y sociales se tienen también a las Manzanas del Cuidado, las cuales permiten un acceso a la población residente a 800 metros del equipamiento ancla a la oferta de servicios que se proporcionan desde este punto o en otros equipamientos que se encuentren en el radio de 800 metros

del equipamiento ancla; la localidad de Puente Aranda cuenta con una manzana del cuidado ubicada en las UPZ 43 San Rafael y cuyo equipamiento ancla es el CDC José Antonio Galán (10) (ver Mapa 9).

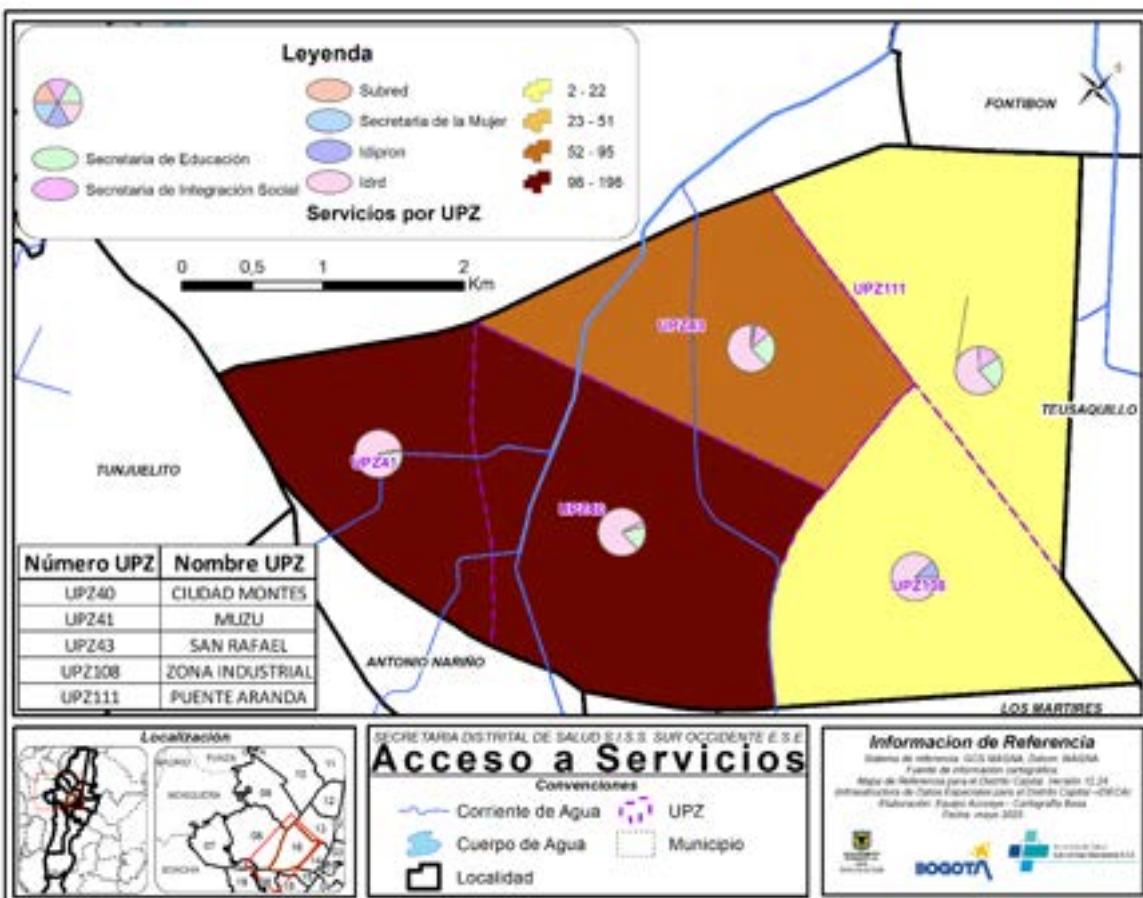
La localidad también se cuenta con cinco Puntos de Atención Primaria en Salud -PAPS-, los cuales ofrecen servicios de protección específica como vacunación, promoción y fomento de la salud, entre otros. Por último, se destaca el Centro Distrital de Salud que incluye a la Secretaría Distrital de Salud, el Hemocentro Distrital y el Laboratorio Distrital de Salud Pública. (11)

La oferta de bienes y servicios públicos y privados se concentran en todas las UPZ en zonas específicas de cada una así: en la UPZ 40 Ciudad Montes en los barrios cercanos a la AK 30, en la UPZ 41 Muzu en los barrios ubicados en la cercanía de la AK 68 entre la Avenida Primera de Mayo y la Autopista Sur, en la UPZ 43 San Rafael en el barrio el Galán; en la UPZ 108 Zona Industrial en las manzanas colindantes a la AC 13 y en la UPZ 111 Puente Aranda entre la AC 13 y la Avenida de las Américas. Adicionalmente se identifican 77 unidades de IPS privadas en las cuales se atiende tanto a residentes de la localidad como a personas externas a ella, entre estas IPS se incluyen clínicas, consultorios médicos y odontológicos, entidades prestadoras de salud, entre otras. (11)

Parques Urbanos

Los parques urbanos son espacios que mejoran la calidad de vida, funcionan como pulmones en el territorio y ayudan a regular la calidad del aire; tienen valor ambiental, social, cultural, histórico y dan valor económico en sus alrededores. De acuerdo con la información de IDECA (10) en la localidad se encuentran 267 parques pertenecientes al sistema distrital de parques la localidad (ver Mapa 9).

Mapa 9. Acceso a Servicios de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Elaboración equipo ACCVSyE
Subred Sur Occidente.

Concluyendo este primer capítulo, la localidad de Puente Aranda posee potencialidades relacionadas con la presencia de actividades comerciales e industriales, sin embargo, presenta algunas problemáticas ambientales relacionadas con la calidad del aire, las cuales pueden favorecer la aparición de infecciones respiratorias.

En términos poblacionales para el 2024, Puente Aranda muestra una distribución similar por sexo predominando las mujeres, además posee una mayor proporción de individuos en edades entre 29 y 59 años, es decir en los cursos de vida de adultez. La localidad, muestra una reducción en los indicadores de natalidad y fecundidad, en contraste con un incremento tanto de los índices de dependencia en población mayor de 65 años como de la población joven en edad productiva, lo cual sugiere en términos generales, que la población de la localidad está envejeciendo y que, al tener la tasa de crecimiento natural en descenso, no es posible garantizar el reemplazo generacional de la población.

Finalmente, Puente Aranda se destaca por tener presencia de una variedad de poblaciones diferenciales, dentro de las cuales se destacan la comunidad LGBTIQ+, la población en situación de habitación en calle, población con discapacidad, víctima del conflicto armado, migrantes, NARP y población indígena, sin embargo, para esta localidad vale la pena resaltar que la población Gitana RROM, se destaca del resto debido a sus dinámicas territoriales y económicas, además, esta localidad es la segunda que más concentra

población de esta en Bogotá y en la cual la existencia de mesas locales gitanas ha permitido su organización y coordinación de acciones para la protección de sus derechos han favorecido su asentamiento.

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

Procesos económicos

La calidad de vida de las personas depende de factores multidimensionales que inciden en las formas de pensar, vivir y habitar un territorio. Las formas en como el ser humano se relaciona con las demás personas y el entorno dan cuenta de aspectos culturales, ideológicos, económicos, sociales y políticos.

La OMS define los determinantes sociales de la salud -DSS- como "*las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana*". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Estas condiciones, pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, considerándose como inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad (29).

En este sentido se puede comprender que, a partir de diferentes determinantes sociales se ve afectada la calidad de vida, la salud y el bienestar individual y colectivo. Este capítulo está centrado en comprender los determinantes sociales desde cuatro dimensiones de análisis: **1) Dimensión socioeconómica:** allí se dará una mirada general de los determinantes estructurales, los impactos y causas sobre la localidad de Puente Aranda y la comprensión territorial basada en los Índices de Pobreza Multidimensional -IPM-, niveles de ingresos, educación y ocupación **2) Dimensión de Género:** En este apartado se comprenderá de qué manera está siendo afectada la calidad de vida las personas a partir de su sexo y género, enfocando el análisis en las Violencias Basadas en Género -VBG- desde las brechas e inequidades sociales en salud. **3) Dimensión territorial:** Aquí 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; **4) Dimensión poblacional – diferencial:** Finalmente se hará un acercamiento a los determinantes intermedios en poblaciones vulnerables, sus afectaciones e impactos en la calidad de vida y salud de dichos grupos.

2.1. Dimensión socio económica

Conflictos estructurales

Las ideas del desarrollo nacen con los modelos económicos que proponen las sociedades capitalistas - neoliberales¹, donde se estimula el crecimiento de tecnologías y conocimientos científicos en aras de maximizar la productividad y los objetivos privados. Bogotá, al ser una ciudad en vías de desarrollo, ha

¹ Proyecto político cuyo objetivo es garantizar la acumulación del capital (financiero). Se basa en la capacidad de regular la "mano invisible" del mercado, que teóricamente beneficia a consumidores y productores. El sector productivo se orienta a los nichos de la economía global.

adoptado las perspectivas del desarrollo afines a este modelo, las cuales también implican procesos de expansión de la libertad individual, homogeneización de discursos y hábitos de vida que terminan por suprimir de forma estructural otras formas alternativas de vida social.

Desde la perspectiva de Amartya Sen la *libertad* se define como la capacidad de los individuos para lograr sus objetivos particulares, los cuales están regidos bajo un conjunto de condiciones y oportunidades. Al ser *La libertad* el fin y medio para el desarrollo, los estados, por medio de sus instituciones buscan garantizar principalmente la libertad del sector productivo y la consecución de los objetivos económicos individuales (30); es decir que buscan reducir las brechas sociales para superar los diferentes estadios de pobreza que afectan a la sociedad, clasificados en: *Absoluta* en casos donde no se pueden cubrir las necesidades básicas como alimentación, agua potable, vivienda o salud, *Material*, en aquellas situaciones en las cuales los ingresos son suficientes para cubrir necesidades básicas, pero insuficientes para cubrir emergencias o eventualidades. La pobreza *Relativa* hace referencia a la carencia de recursos en comparación con el nivel de vida e ingresos promedio de la sociedad. (31)

Como se comprenderá en este acápite, el acceso a la salud de calidad depende de ciertas condiciones estructurales que al estar relacionadas con determinantes sociales afectan directamente a las distintas poblaciones de los territorios. Por ende, las inequidades sociales no solo afectan la salud de la población sino su calidad de vida. Esto implica la existencia de determinantes estructurales que refuerzan la estratificación y posición socioeconómica individual. En el marco conceptual de la Comisión de la OMS Sobre Determinantes Sociales de la Salud -CDSS- se identifican entre estos la posición social, el contexto sociopolítico y económico.

Para este acápite se realizará un análisis de la posición socioeconómica basada en: 1) Ingresos; 2) educación; 3) ocupación. Estas dos primeras variables se pueden considerar como resultado del propio proceso de estratificación social, mientras que la ocupación es el indicador más próximo a esa estratificación. Por lo anterior, el análisis de estas categorías permite comprender cómo la posición socioeconómica afecta a la salud en la localidad de Puente Aranda.

Indicadores del mercado laboral

Cómo se ha mencionado anteriormente, la posición socioeconómica -PSE- está asociada al acceso y a la utilización de los servicios sanitarios. Las condiciones de empleo y trabajo, como un determinante social de la salud, contribuyen en gran medida al desarrollo de las desigualdades sociales en salud entre la población adulta (32).

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 Puente Aranda, la TGP en el 2021 fue de 59,1% encontrándose por debajo de la distrital (63,7%) y ubicándose en la posición 16, esta tasa fue más alta en hombres que en mujeres (para todas las localidades) (33) (ver anexo 1).

La tasa de ocupación -TO- es otro de los principales indicadores del mercado laboral. Se obtiene relacionando el porcentaje de la población ocupada y el número de personas que integran la población en edad de trabajar -PET-. Según la encuesta multipropósito del año 2021, para la localidad de Puente Aranda se registró una tasa de ocupación de 53,9% presentando una disminución de 5,2% respecto al 2017 (59,1%), estando por debajo de la ocupación a nivel distrital (55,3%).

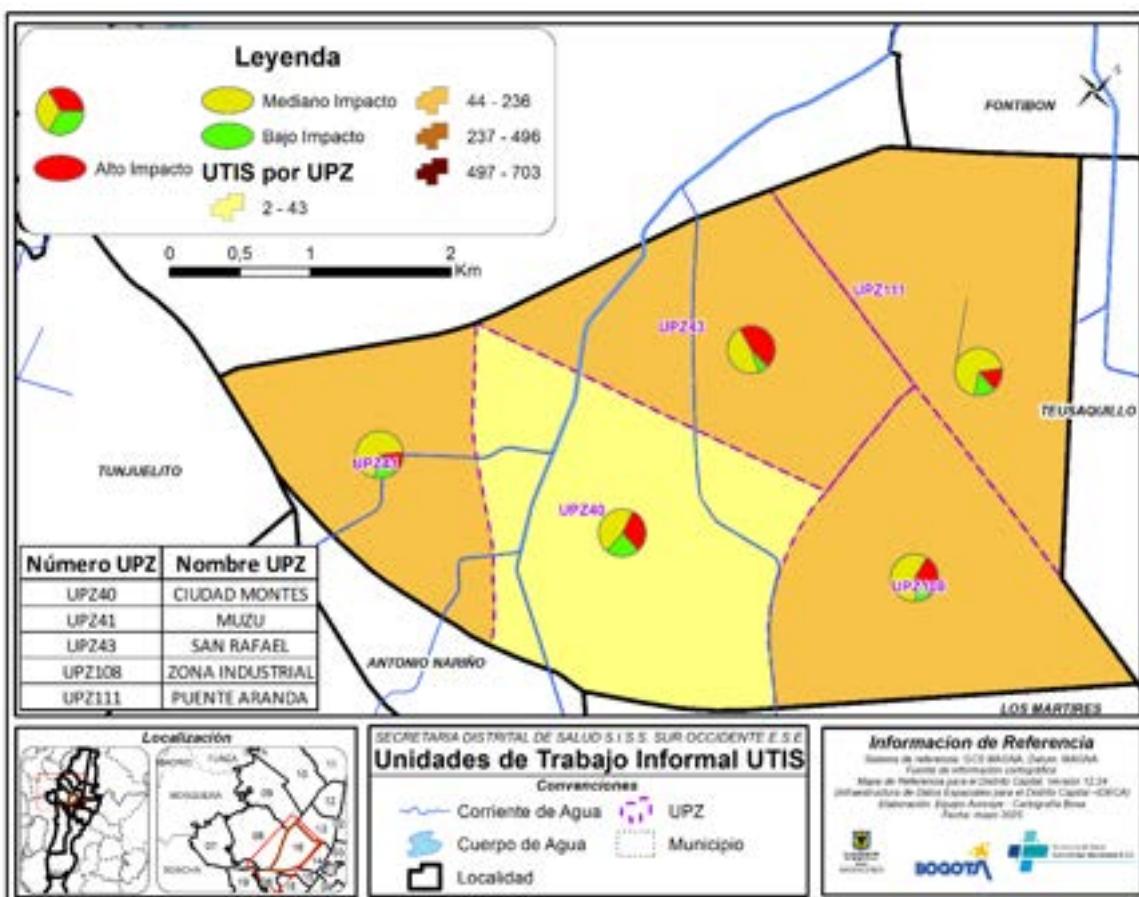
Por otra parte, Puente Aranda para el 2021 registró una tasa de desempleo de 8,8% presentando un aumento de 0,7% p.p. respecto al 2017 (8,1%); cabe resaltar que para el 2021, esta localidad, se encuentra por debajo de la estadística reportada a nivel distrital (13,2%) y se ubicó en la posición 16 (33) (ver anexo 1).

La localidad de puente Aranda ha experimentado una expansión hacia el desarrollo de actividades industriales, comerciales y empresariales, tanto formales como informales, favoreciendo así el desarrollo de estas actividades económicas incluso en las viviendas mismas. Esta situación ha transformado tanto la propia estructura social como el funcionamiento de estas viviendas, en donde se desarrollan no solo actividades empresariales formales e informales, ventas ambulantes sino Unidades de Trabajo Informal - UTIs-, conllevando a que la población deba adaptarse a estas nuevas formas de economía. (11)

Por lo anterior, Puente Aranda también se ha consolidado como un punto de migración tanto interna como externa, en donde distintos grupos poblacionales como las personas desplazadas, los migrantes internacionales y las personas en situación de habitanza en calle se trasladan desde otras localidades de la ciudad en búsqueda de mejores condiciones socioeconómicas, aprovechando las dinámicas industriales, comerciales y empresariales de esta que pueden favorecerlos en su búsqueda de empleo o el desarrollo de sus actividades económicas informales. (11)

A través del Entorno Cuidador Laboral, se realiza una vigilancia y categorización de las Unidades de Trabajo Informal -UTIS- de acuerdo a los riesgos que el desarrollo de las actividades involucra para los trabajadores y el entorno. Las UTIS de alto impacto, son aquellas en las que los trabajadores se encuentran en contacto con sustancias químicas, las de mediano impacto 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. En la localidad de Puente Aranda en los años 2023 a 2024 las UTIS de alto impacto se ubicaron principalmente en las vías principales y cercanas a estas en 4 de las 5 UPZ y al interior de la UPZ 40 ubicadas en vías intermedias de acceso al barrio el Jazmín, siendo la UPZ 43 la de mayor concentración no solo para las de alto impacto sino para la siguiente; las UTIS de mediano impacto tienen una distribución en las vías intermedias de ingreso a los barrios donde hay una concentración de actividad comercial en las UPZ 41, 43, 108 y 111 y en la UPZ 40 solo en el barrio El Tejar; por ultimo las UTIS de bajo impacto se encuentran más dispersas y en menor proporción a las dos anteriores, pero con el mismo patrón de ubicación de las UTIS de mediano impacto siendo el barrio San Andresito en la UPZ 108 la zona de mayor concentración (ver Mapa 10).

Mapa 10. Unidades de Trabajo Informal en Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2023 - 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Entorno Cuidador Laboral, 2023
- 2024. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

Indicadores de pobreza y percepción sobre condiciones de vida

De acuerdo con el documento de Comprensión Territorial para la localidad de Puente Aranda de 2025, en la localidad de Puente Aranda la mayor proporción de población corresponde a estrato 3 con el 82%, seguido del 8% que corresponde a estrato 2, un 10% carece de estratificación. Lo anterior significa que la mayoría de la población de la localidad corresponde a estrato medio, y, la población sin estratificación puede deberse a la presencia de áreas sin servicios formales o sin procesos claros de estratificación formal. (11)

De otro lado, siguiendo a la Encuesta Multipropósito de 2021, en relación con la suficiencia de ingresos del hogar, el 57,8% manifestó que los ingresos solo cubren los gastos mínimos, mientras que el 22,3% considera lo contrario, que los ingresos cubren más que los gastos mínimos. Adicionalmente, el 17,9% de los hogares se consideran pobres (ver anexo 1).

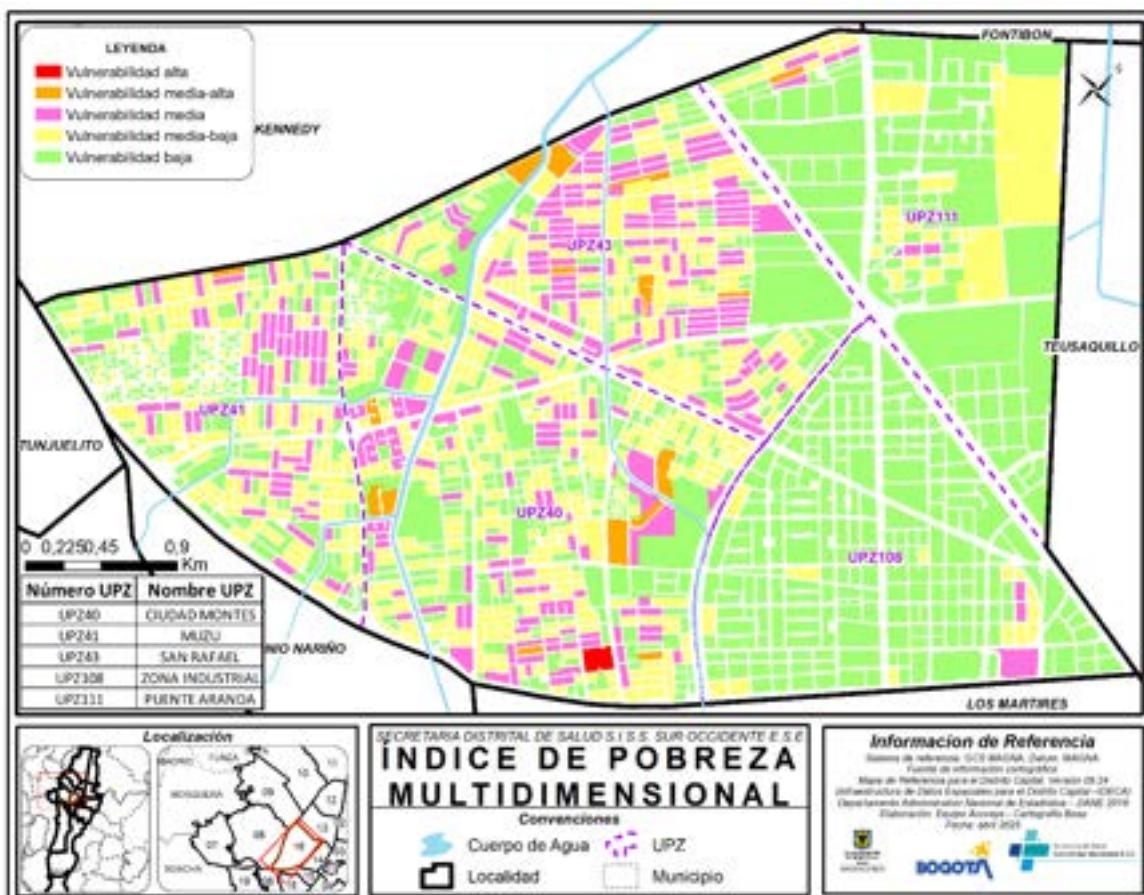
La pobreza Multidimensional es definida como una ampliación del concepto de Pobreza, teniendo en cuenta no solo las privaciones materiales, sino las privaciones en capacidades, empoderamiento y oportunidades. En otras palabras, define la pobreza como la presencia de privaciones no solo en términos

de ingresos económicos, sino teniendo en cuenta las condiciones educativas, calidad de vida y ambiente, condiciones de empleo, el estado de salud, la condición de vivienda y el acceso a servicios públicos. (34)

Por otro lado, siguiendo la información Suministrada por SaluData, para el año de 2023, el índice de pobreza multidimensional en Bogotá se ubica en 3,6. teniendo como principales privaciones en los hogares Bogotanos el trabajo informal (53,2%), bajo logro educativo (20,5%), rezago escolar (19,9%) y el Desempleo de Larga Duración (14,7%). Para la localidad de Puente Aranda, el coeficiente de Gini se encuentra en 0,47, mientras que la media distrital se encuentra en 0,53, significando que existen altos niveles de desigualdad monetaria en la localidad, lo cual adicionalmente puede afectar también a sectores o grupos poblacionales que no suelen incluirse en las mediciones tradicionales de pobreza. (35) Lo anterior puede deberse a las dinámicas de transformación urbana e industrial de la localidad, lo cual, a pesar de traer oportunidades de empleo y desarrollo, también ha favorecido el aumento de disparidades económicas y sociales. (11)

El Índice de Pobreza Multidimensional -IPM- por manzana en la localidad se comporta de una forma heterogénea en las manzanas con vulnerabilidad media y media baja que predominan en las UPZ 40, 41 y 43, mientras que en las UPZ 108 y 111 predominan las manzanas de vulnerabilidad baja las cuales corresponden a otros usos predominantes diferentes al residencial (industrial, comercial y bodegas), así como también a áreas sin desarrollar y con igual comportamiento encontramos la manzanas con esta vulnerabilidad en las otras UPZ, pero también encontrando manzanas que son parques. Finalmente, las manzanas con vulnerabilidad alta y media alta corresponde a otros usos predominantes diferentes al residencial. (ver Mapa 11).

Mapa 11. Índice de Pobreza Multidimensional en la localidad de Puente Aranda, Subred SurOccidente,2018



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. DANE 2018. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

Acceso a servicios públicos

En cuanto al acceso de los hogares a los servicios básicos se encuentra que adicional de los ingresos per cápita de los hogares se tiene presente las características del hogar y condiciones de sus integrantes considerando variables planteadas desde el enfoque de capital humano y de capacidades: Desempleo, Edad del jefe de hogar, Madre cabeza de hogar (hogar monoparental con jefatura femenina), Nivel educativo, Personas en situación de discapacidad en el hogar, forma de tenencia de la vivienda, hacinamiento, condiciones de desplazamiento. (36)

La estratificación socioeconómica es una clasificación que se desarrolla frente a los inmuebles residenciales. Esta circunstancia en gran medida conduce a que los subsidios y beneficios estatales como los servicios públicos no sean asignados a la población que realmente los requiere, omitiendo aspectos tales como la pobreza oculta o el empobrecimiento de los hogares de clases media y alta, debido a la disminución de empleo y la pérdida de su capacidad de poder adquisitivo. (11)

De acuerdo con la Encuesta Multipropósito 2021 la cobertura de servicios públicos de la localidad de Puente Aranda fue del 100% para electricidad, acueducto, alcantarillado y gas natural, para recolección de

basuras fue 97.5% (37) (ver anexo 1). Siguiendo la misma información suministrada por la anterior fuente, en promedio para la localidad de Puente Aranda, los ingresos mensuales de los hogares son de \$3'140.102. (36) Lo anterior contrasta con los gastos promedio mensuales de los hogares en Bogotá, estimados en un valor de \$3'116.273. Lo anterior implicaría que en Puente Aranda los ingresos promedio mensuales cubrirían las necesidades básicas de vida, incluyendo arriendo, servicios y alimentación. (38) Sin embargo, lo anterior también implicaría que en la localidad puede existir una problemática relacionada con la ausencia de empleos bien remunerados que les permita acceder a una calidad de vida adecuada, teniendo en cuenta el carácter de la localidad y la presencia de empresas o sectores comerciales (35.9% con 15,934 empresas), servicios (33.5% con 14,887 empresas) e industriales (23.1% con 10,275 empresas) que en ella operan. (11)

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 Puente Aranda para el 2022 fue de 31.851 habitantes, que representa el 2,7% del total de PEE de la ciudad que es de 1.164.630, ocupando la decimoprimera posición con relación a las demás localidades. En general, la PEE de la localidad muestra para 2022 que el 51,52% son hombres y el restante 48,44% son mujeres, con una diferencia de 966 hombres más que las mujeres. En casi todas las edades, el número de hombres es mayor al de mujeres, con excepción de la edad de 6 años (ver anexo 1).

Particularmente en la localidad, no hay colegios bajo las modalidades de administración del servicio ni de matrícula contratada, por lo que la demanda educativa del sector Oficial se concentra en los colegios distritales. En 2022, el número de sedes educativas de la localidad fue de 32, distribuidas en 15 colegios distritales. El total de la oferta educativa oficial de la localidad en 2022 fue 25.595 cupos escolares, que frente a 26.317 del año anterior significó una reducción de 2,74%, y representó el 3,1% del total de la ciudad.

Entre 2018 y el 2022, la tasa de cobertura bruta de la localidad mostró una tendencia decreciente siendo 10,3% menor el registro de 2022 en contraste con 2018, todos los años el indicador superó el 100%, y mayor al registrado por Bogotá durante el quinquenio. Todos los niveles educativos registraron disminución en su tasa de cobertura al comparar 2018 y 2022, el mayor decrecimiento se registró en preescolar (17,3%), seguido de primaria (14,3%) (39) (ver **Tabla 5**).

Tabla 5. Tasa de cobertura bruta por nivel educativo, localidad Puente Aranda, 2018-2022

Nivel Educativo	2018	2019	2020	2021	2022
Preescolar	89,6	87,1	81,0	79,7	80,4
Primaria	115,3	112,9	108,8	104,2	104,4
Secundaria	111,3	111,6	110,2	112,3	110,3
Media	92,4	89,0	88,0	94,5	95,3
Puente Aranda	107,8	106,2	103,4	103,2	102,8
Bogotá	107,6	106,1	103,0	101,3	99,1

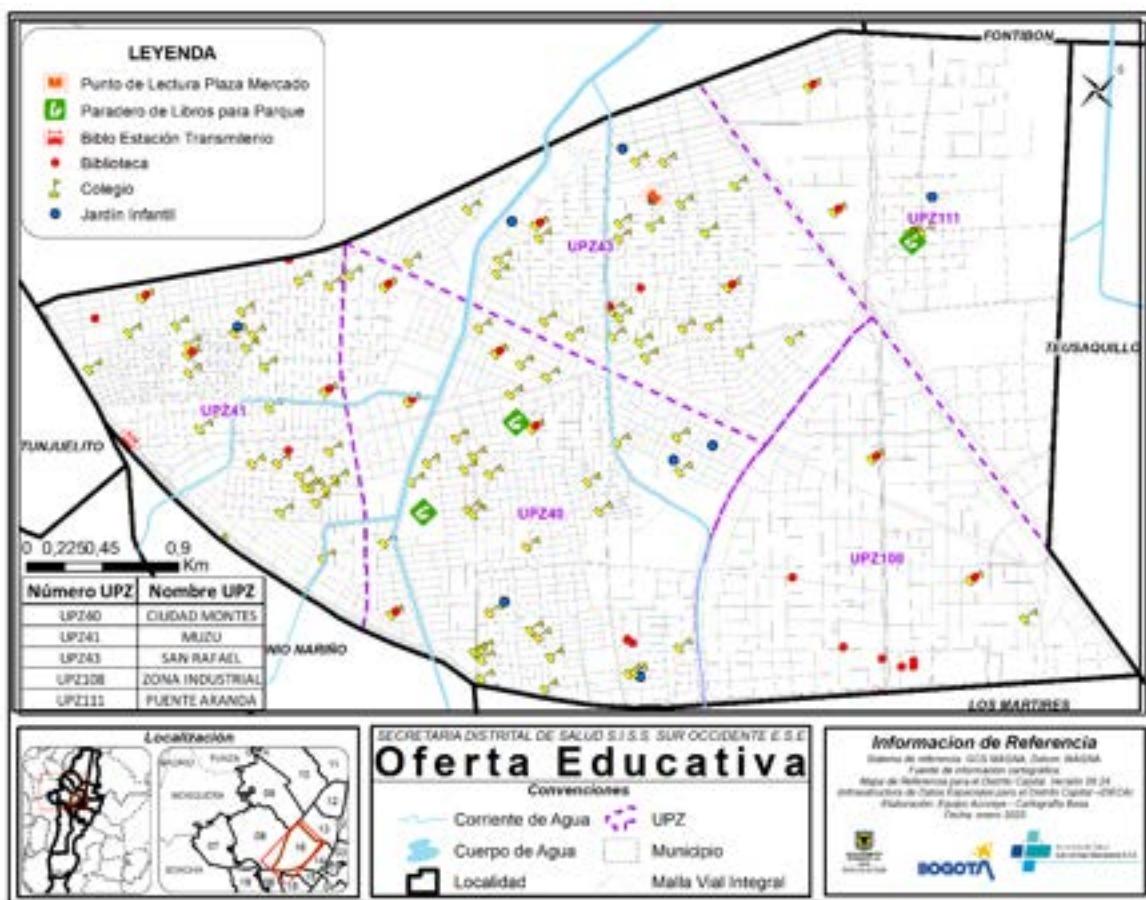
Fuente: Matrícula oficial 2018-2022 SIMAT. Cálculos oficina asesora de planeación, grupo gestión de la información y estadística SED.

La oferta educativa en la localidad es superior a la demanda y matrícula oficial, lo anterior puede explicarse parcialmente teniendo en cuenta el comportamiento poblacional relacionado con la disminución

progresiva de la población infantil. Adicionalmente, la baja oferta de educación superior y las dificultades en el acceso a este nivel educativo pueden conllevar a consecuencias futuras relacionadas con una menor cualificación de la mano de obra, menores ingresos y mayor inestabilidad laboral. (11)

La distribución de la oferta educativa se concentra en las UPZ 40, 41 y 43, en colegios y bibliotecas dada la demanda poblacional en ellas; para jardines la concentración se da en la UPZ 40; en la UPZ 108 hay una mayor oferta de bibliotecas para la pequeña población residente. Adicionalmente a la oferta de anterior se complementa con paraderos de libros para parque con presencia en las UPZ 40 y 111, un punto de lectura en la plaza de mercado en la UPZ 43 y dos biblio estaciones de Transmilenio en las estaciones de Ricaurte y general Santander, en donde la población escolar puede acceder a material de lectura (ver Mapa 12). (10)

Mapa 12. Oferta Educativa en Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Elaboración equipo ACCVSyE
Subred Sur Occidente.

Los determinantes estructurales tienen un gran impacto en la calidad de vida de las personas, es importante comprender ahora cómo los determinantes intermedios están afectando a la población; 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 en seis categorías:

Condiciones materiales de la vida: incluyen determinantes asociados al medio ambiente físico tales como la vivienda, la calidad del aire, el barrio o el municipio; al medio laboral, como las condiciones de trabajo y empleo, la alimentación, el vestido, etc. (32).

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. (32).

Cohesión social: es un término sobre el que no existe un consenso amplio a la hora de definirlo. Se relaciona con el grado de integración social, la presencia de fuertes vínculos comunitarios, altos niveles de participación ciudadana en actividades cívicas y confianza en los demás. Mientras el contexto psicosocial se refiere a características y respuestas de los individuos en la relación con otras personas, la cohesión social tiene una vertiente referida a las relaciones que se establecen entre los individuos y entre sus organizaciones dentro de un contexto identitario (sean países, comunidades, ciudades o grupos específicos). Supone cierta visión compartida sobre problemas comunes, entre los que destaca una actitud de solidaridad y protección ante situaciones de desventaja que puedan sufrir los miembros de esa comunidad, especialmente la pobreza (32).

Estilos de vida: este determinante está asociado a las formas socialmente válidas de utilizar los recursos disponibles para lidiar con los problemas personales o el estrés, incluye los hábitos de vida con su influencia protectora o perniciosa para la salud: ejercicio físico, dieta, hábito tabáquico, consumo de alcohol, etc. (32),

Factores biológicos: hacen referencia a factores como la carga genética, la edad y el sexo que pueden afectar directamente las tasas de morbilidad, mortalidad y aumentar la probabilidad de desarrollar ciertas condiciones o padecimientos que pueden afectar el nivel de ingresos, la experiencia de vida, la autopercepción, etc. (32).

Sistema sanitario: las características y organización del sistema sanitario en cada contexto se convierte 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 (32).

En los siguientes acápite se hará una comprensión más detallada de los determinantes intermedios a partir de la posición social, poblacional, territorial y de género.

2.2. Dimensión de género

Para comprender la implicación que tienen los determinantes intermedios, este acápite se centrará en la información relacionada a las inequidades basadas en el sexo/género y la relación con las afectaciones en salud. Para ello se tendrán en cuenta tres poblaciones directamente relacionadas con estas categorías: la comunidad LGBTIQ+, las mujeres y las personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas -ASP-. Allí se dará una comprensión de determinantes relacionados a las circunstancias materiales, factores conductuales, psicosociales y culturales. Finalmente, se hará un acercamiento frente a las violencias basadas en género –VBG– y la situación local.

Según la OMS el *género* se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. Este, es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas. Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas (incluidos los conceptos de masculinidad o feminidad), los roles o responsabilidades, suelen ser objeto de estigmatización, y discriminación, todo lo cual puede afectar negativamente a la salud. (40). Mientras que el *sexo* se comprende como una categoría construida culturalmente desde discursos biológico-médicos, los cuales clasifican e interpretan los cuerpos de las personas en: mujeres (cuerpos con vulva) y hombres (cuerpos con pene); invisibilizando la diversidad de los cuerpos que no necesariamente se ubican en el binarismo, cómo las personas con estados intersexuales (41).

Ahondar en el efecto y la consecuencia que conlleva el género como determinante en la salud implica, por consiguiente, cuestionar las normas, expectativas y funciones sociales, aumentando así la vulnerabilidad frente a los riesgos para la salud, especialmente de las mujeres. Esto último, resulta crucial para la efectividad y materialización de políticas públicas que tengan por objeto caminar hacia la equidad en la salud, en tanto las mismas deben hacerse cargo del rol que cumple el género como determinante estructural de la salud. De allí, que muchas de las causas principales de morbilidad y mortalidad de las mujeres tengan su origen en las actitudes de la sociedad hacia ellas, lo que su vez se refleja en las estructuras y los sistemas que establecen las políticas, determinan los servicios y crean las oportunidades (42). En este sentido, es preciso comprender cómo en las poblaciones más vulnerables se definen, comprenden y desarrollan estas situaciones particulares para la localidad.

Comunidad LGBTIQ+

Partiendo de los principios de Yogyakarta, los cuales hablan sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual, mencionando que “los Estados deben facilitar el acceso de quienes buscan modificaciones corporales relacionadas con la reasignación de género, a tratamiento, cuidado y apoyo competente y no discriminatorio” y que, además “todas las personas tienen derecho al mayor nivel posible de salud física y mental, que comprende la salud sexual y reproductiva, sin discriminación alguna, incluyendo discriminación basada en la identidad de género. Esto pone de manifiesto que, el Estado Colombiano debe adelantar ciertas acciones y estrategias colectivas incluyentes con la comunidad LGBTIQ+ para garantizar en mayor medida sus derechos fundamentales y específicamente, el derecho a la salud (41).

De acuerdo con los resultados obtenidos en el documento realizado por las Subredes Integradas de Servicios de Salud en 2023 titulado “*Análisis de violencias de género en la prestación de servicios de salud*”, las personas con OSIEGCS no normativas, están mayormente expuestas a sufrir de violencias verbales y psicológicas por su identidad de género en los servicios de salud en comparación a otras poblaciones. Específicamente para la localidad de Puente Aranda se reportaron casos de violencia emocional y verbal en la sede de la EPS Sanitas principalmente por la falta de correspondencia en su documentación, lo anterior puede deberse en parte a deficiencias en materia de trato y atención diferencial con población LGBTI que estos tienen, sumado a imaginarios y prejuicios que algunos usuarios y funcionarios pueden tener sobre la comunidad LGBTI. (43).

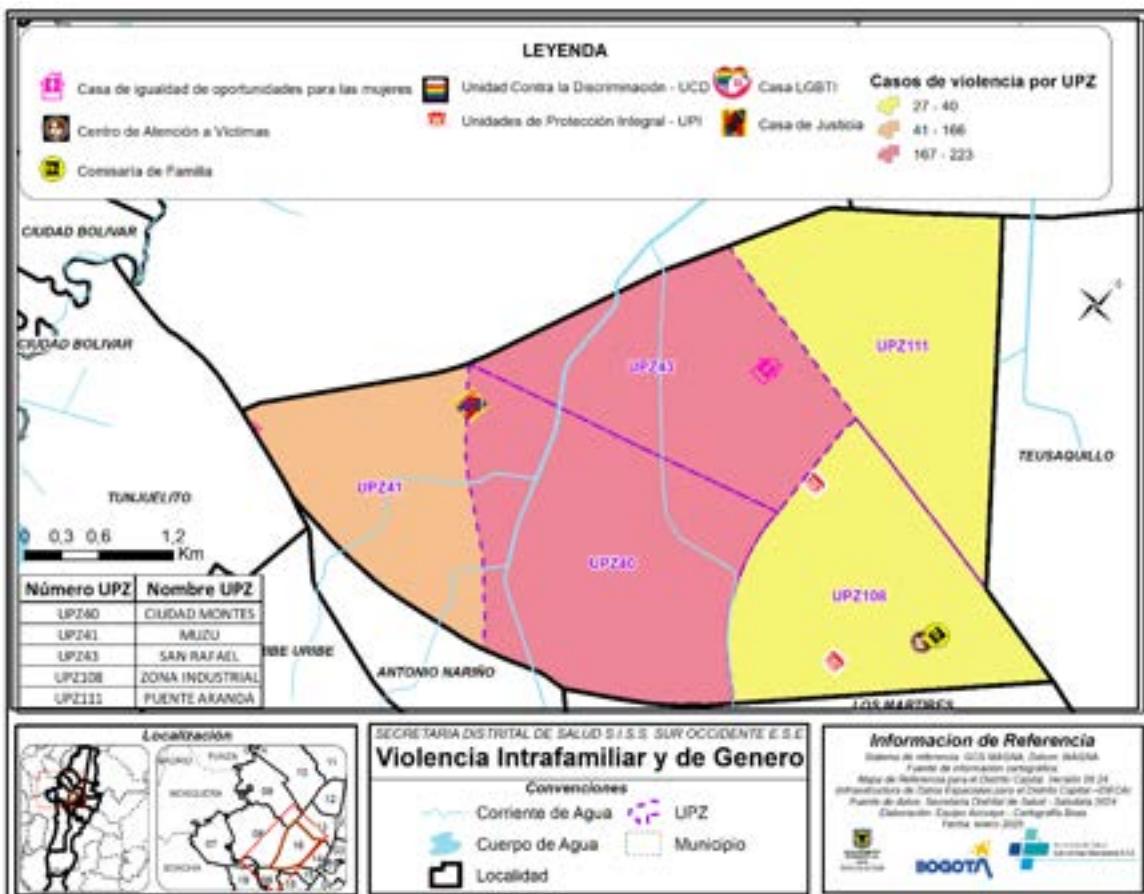
Para entender las condiciones o afecciones en salud de las mujeres trans es preciso aclarar que la identidad trans no es una patología o trastorno mental. Sin embargo, una de las situaciones más preocupantes y menos atendidas en esta población es su salud mental y bienestar social, debido al enfoque de atención en salud existente que prioriza otras problemáticas como las enfermedades de transmisión sexual como

el VIH, los peligros de la autoadministración de hormonas o auto inserción de rellenos de tejido blando. En el ámbito de las Violencias Basadas en Género -VBG, para la población LGBTI en Puente Aranda, situaciones como el Rechazo social, educativo, familiar por su identidad de género u OSIEGCS y también la violencia física, no solo influyen a recurrir a la práctica de las Actividades Sexuales Pagadas -ASP- como una única fuente de ingresos, sino en un posible desarrollo de autoconcepciones negativas que pueden empujarlas también a concebir estas situaciones como normales e incluso, merecidas. (44).

Por lo anterior, en la localidad de Puente Aranda se identifica que existen problemáticas relacionadas con la presencia de hechos de violencia intrafamiliar y sexual, especialmente en las UPZ 43 San Rafael, UPZ 41 Muzu y UPZ 40 Ciudad Montes, respectivamente. Frente a los hechos de violencia en estas UPZ, se destaca que los mayores hechos de violencia presentados en la localidad son la violencia física, la negligencia y la violencia sexual. (11)

La oferta de servicios para atender las violencias intrafamiliares y de género en la localidad están concentradas en la zona oriental de la UPZ 108, dejando a la población occidental de esta UPZ con un solo punto con servicios ofertados; en las UPZ 43 hay un punto con servicios ofertados. Pero también dificultando la accesibilidad a las personas que estén a más de 1 kilómetro de dichos puntos; por último, en las UPZ 111 y 41 no hay ningún punto por lo cual la población se ve en la necesidad de trasladarse a otras UPZ de la misma localidad o de otras localidades (ver Mapa 13) (10).

Mapa 13. Violencia Intrafamiliar y de Genero en Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Secretaría Distrital de Salud – Saludata 2024. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

Actividades Sexuales Pagadas -ASP-

La Secretaría Distrital de la Mujer (2019) reportó en su documento *“Caracterización de personas que realizan actividades sexuales pagadas en contextos de prostitución – Bogotá”* que cerca del 96,5% de la población que realiza ASP en la ciudad son mujeres cisgénero, dejando el 3,5% distribuido según identidad de género de la siguiente forma: 1,8% mujeres trans, 1,4% hombres cisgénero y 0,3% hombres trans. La interseccionalidad se convierte en un prisma esencial para comprender la diversidad presente en esta realidad, explorando aspectos como la edad, la identidad étnica, el estatus de víctima del conflicto armado y la conformación del hogar (45).

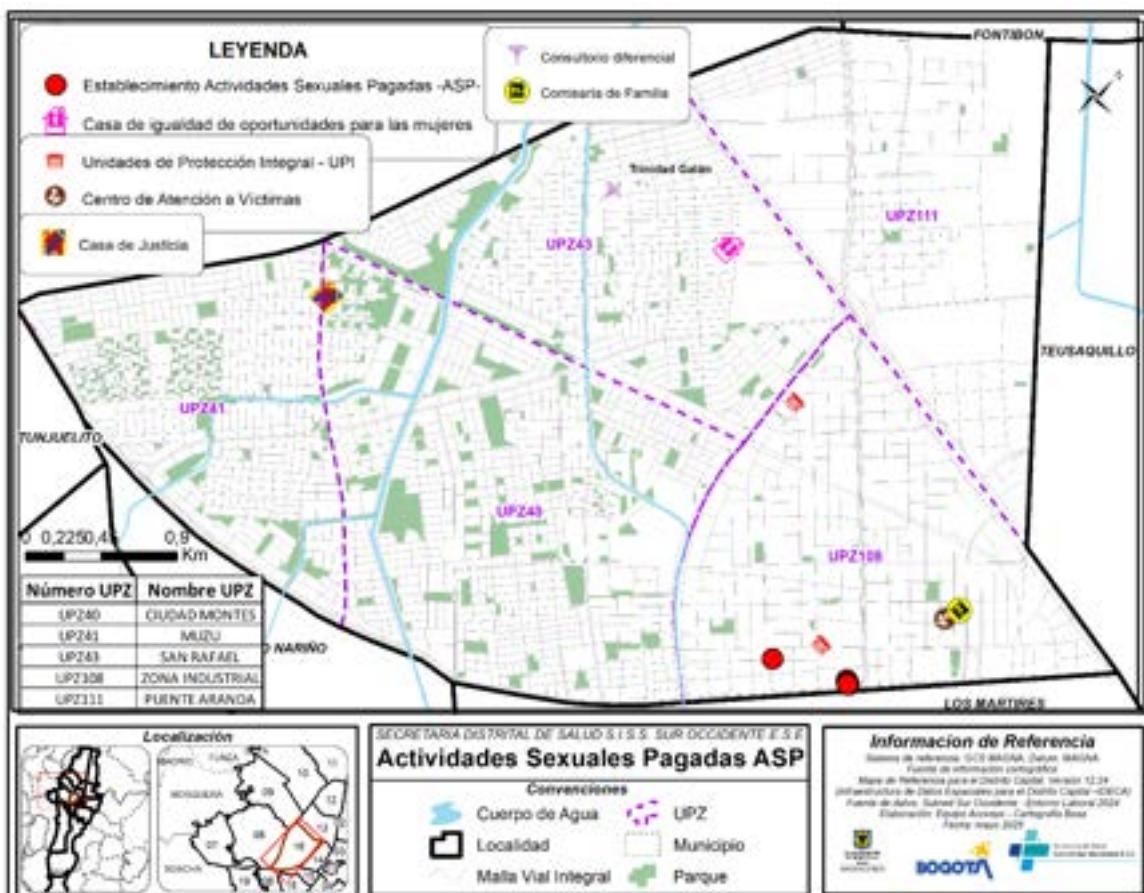
Es importante resaltar que la representación de personas de los sectores sociales LGBTI dentro de las personas que ejercen ASP no es homogénea en los grupos etarios: el 61,5% de las mujeres trans que ejercen ASP se encuentran entre los 18-25 años. Esta cifra para las mujeres cisgénero en el mismo rango de edad es de 43,8%. La Secretaría de la Mujer (2019) estima que el 12,8% de las mujeres trans que ejercen ASP superan los 46 años de edad, mientras que en las mujeres cisgénero la actividad realizada después de los 46 años se observa en el 3,4%. En el grupo etario que más se encuentran hombres trans (48,7%), por otro lado, es entre los 25-29 años. En este rango etario se ubican, en contraste, el 46,3% de los hombres cisgénero que realizan ASP (45).

El diagnóstico elaborado por Secretaría de la Mujer (2019) reveló que la vinculación a ASP como práctica común en edad temprana se observa principalmente en personas de los sectores sociales LGBTI y en mujeres cisgénero. La causa primordial, identificada a través de grupos focales, es el rechazo familiar, que fuerza a las personas víctimas a buscar una forma de ingreso inmediata para sostenerse económicamente.

En cuanto a la autopercepción de la experiencia de vida de las personas migrantes que ejercen ASP, las mujeres trans presentan una sensación mayor de temor con respecto a ser deportadas en comparación con las personas cisgénero migrantes que practican ASP. Lo anterior significaría que la población que ejerce ASP enfrenta un doble e incluso triple riesgo diferencial debido a su profesión, identidad de género y condición migratoria (45). Adicionalmente, entre otros factores de riesgo identificados para esta población que ejerce las ASP se encuentran la ausencia de ingresos mensuales estables, y la discriminación relacionada con la actividad que ejercen. Por otro lado, siguiendo los datos ofrecidos por el Informe del Entorno Cuidador laboral (Octubre a diciembre 2024), durante el desarrollo de las actividades se identifican diferentes aspectos de esta población, en primera instancia que, un gran porcentaje no mantiene hábitos de vida saludable, situación atribuida a su vulnerabilidad socioeconómica, tiempos y desinterés; segundo, el consumo de SPA al estar asociado a las dinámicas propias de las ASP no se identifica como problemático y finalmente, se evidencian afectaciones en la salud mental debido al ocultamiento de la actividad y el distanciamiento familiar (46).

Los establecimientos en donde se realizaron ASP en el 2024, en los cuales el Entorno Cuidador Laboral realizó acciones, se ubican con un patrón de tendencia en el distrito al situarse en predios localizados sobre vías arteriales, intermedias o aledañas a las dos anteriores en zonas con predominio del uso comercial o cercanas a estas y en algunos casos en donde en lugares de zonas de rumba o cercanas a estas permitiendo un funcionamiento del establecimiento en la jornada nocturna. En la localidad únicamente los establecimientos de ASP se localizan en la UPZ 108 en una la zona con las características descritas, excepto que también en esta zona se adicionan el uso industrial y el de bodegas a las características de la zona de ubicación de estos establecimientos (ver Mapa 14).

Mapa 14. Establecimientos de Actividades Sexuales Pagadas en Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Entorno Cuidador laboral, 2024.

Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

Mujer

De acuerdo con los resultados obtenidos en el documento realizado por las Subredes Integradas de Servicios de Salud en 2023 titulado “Análisis de violencias de género en la prestación de servicios de salud”, en lo que respecta a las mujeres, se evidencia violencia verbal y psicológica acompañada de violencia ginecobstetricia y sexual, generalmente en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva -SSR- ejercidos por el personal de salud. Dichas violencias incluyen comentarios e indagaciones relacionados con su vida privada y la negación de procedimientos de esterilización por razones personales, más no profesionales, utilizando así su posición de poder y posicionando a las mujeres en situaciones de riesgo frente a múltiples formas de violencia al crear barreras emocionales y psicológicas que dificultan aún más el acceso a servicios de salud. (47).

Según el Observatorio Nacional de Violencias de Género de Ministerio de Salud y Protección Social (48), basado en los datos provenientes del sistema de vigilancia en salud pública -SIVIGILA-, en Bogotá entre 2018 y 2021 se presentaron 56.414 casos de VBG. Por su parte, el Instituto Nacional de Medicina legal -INML- registró para este mismo periodo 82.654 casos. Sin embargo, al observar la tendencia del evento, mientras que en SIVIGILA el número de casos tuvo un incremento del 96,8% en 2021 comparado con el 2018, el INML mostró una reducción del 26,4% en el último año observado. Lo anterior puede estar

relacionado a que la dinámica del reporte de VBG ha tenido cambios importantes durante la emergencia por la COVID-19, de forma que las llamadas y otro tipo de contactos con la Ruta de Atención a VBG (por ejemplo, WhatsApp) aumentaron de forma significativa entre marzo y julio de 2020, a la vez que los reportes al instituto de Medicina Legal y las denuncias reportadas en la Policía disminuyeron. Indicando que los casos que se han presentado de VBG no han disminuido, pero han cambiado su canal de reporte hacia los que son de mayor accesibilidad (49). En cuanto al sexo de la persona agredida, ambas fuentes coinciden en que las mujeres tienen la mayor representación (SIVIGILA: 74,9%; INML: 87,2%), donde las menores de 5 años son las más vulnerables a ser víctimas de agresión sexual debido a dinámicas relacionadas con la dominación que se puede ejercer sobre ellas. (50).

Para la localidad de Puente Aranda, 2 de cada 5 hogares poseen una jefatura femenina, y estos poseen un mayor porcentaje de hogares en condiciones de pobreza multidimensional en un 47,7%, adicionalmente las mujeres son las víctimas en 7 de cada 10 casos reportados de violencias basadas en género dentro de la localidad y estos hogares enfrentan mayores dificultades en el acceso a servicios de salud debido a los costos asociados a estos en las consultas y los tratamientos. Adicionalmente también se destaca la existencia de otros factores socioeconómicos y culturales, los cuales se traducen en barreras de acceso adicionales relacionadas con el costo directo frente al acceso a servicios, debido a la existencia de tarifas o co-pagos, además de la existencia de gastos indirectos relacionados con el uso de servicios de transporte para el traslado a los centros de salud o instituciones educativas. (11)

2.3. Dimensión territorial

El territorio ha sido determinado históricamente como una unidad político-administrativa por medio de la cual, las instituciones del estado despliegan las políticas públicas, y estrategias específicas de la gestión pública, que incluyen el primer nivel de atención de salud en una zona geográfica específica. En este sentido, el estado se ha caracterizado por su excesiva centralización, falta de reconocimiento de las características de cada territorio y por su escasa participación esto, como parte de la tradición monárquica latinoamericana, donde la presencia del Estado en todos los actos de la vida de los territorios a pesar de contar con la institución autónoma municipal, ha estado permanentemente supeditado a la centralización del poder del estado o al poder económico de privados que explotan los territorios (51).

Las prácticas de salud, capacidad y aptitudes para la adaptación de la persona, así como aquellas condiciones derivadas de la estructura de una sociedad, entre ellos: la pobreza, la educación, el trabajo, el género y el nivel socioeconómico determinan el impacto en las desigualdades en salud y el bienestar de las personas y están directamente relacionados con el territorio por ser en este espacio geográfico y cultural donde la persona nace, crece, se desarrolla, envejece y muere. Por lo anterior, resulta de vital importancia entender los lugares donde las personas desarrollan sus vidas, interactúan con otros y otras y con su ambiente ecológico, ya que de ellos dependen muchos de los resultados en salud, debido a su relevancia para el desarrollo del curso de la vida, de formas de producción y reproducción social intrínsecamente relacionados con el contexto geográfico, social y político, así como parte clave de las condiciones y circunstancias ecológicas donde se desarrolla la vida y, por ende, un diferenciador de las vulnerabilidades de las personas y las comunidades. (51).

El territorio puede entenderse desde su máxima expresión de observación conjunta, existiendo un contexto socioeconómico y político, en el cual se generan (causalmente) jerarquías entre ciertos grupos de población (...) se conciben conexiones o vínculos de cohesión social, los cuales van entramando el territorio (51). Un claro ejemplo de la territorialización en contextos urbanos, tiene que ver con la relación entre el desarrollo y la conservación del medio ambiente, ya que, se generan paradojas y confrontaciones discursivas; la búsqueda de un desarrollo industrial y la expansión del crecimiento urbanístico significa la

destrucción de ecosistemas, especies y territorios. Esto implica la gentrificación de las poblaciones y por tanto mayores niveles de concentración y consumo de energías, donde finalmente se crean dependencias económicas, sociales, políticas y territoriales.

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 (32). Los factores que se asocian a la utilización que las personas hacen del sistema sanitario se describen con más detalle a continuación.

Cobertura de afiliación a salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- se creó mediante la Ley 100 de 1993, con el propósito de proteger de manera integral las contingencias que deterioran la salud y garantizando el acceso a los servicios de salud mediante el esquema de aseguramiento, con base en principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad (52). En la localidad de Puente Aranda la población asegurada con corte diciembre de 2024 perteneciente al régimen contributivo fue del 83,5% (n=212.741), el 13,1% (n=33.302) se encuentra afiliado a régimen subsidiado y el 2,9% a régimen de excepción (n=7.463), para un total de 253.506, lo cual corresponde al 99,5% de la proyección poblacional para dicho periodo (53) (ver anexo 1).

Cobertura de vacunación

Las vacunas son fundamentales para proteger a las personas y sus comunidades porque previenen enfermedades. Contribuyen en la disminución de la propagación de enfermedades y evitan complicaciones graves o incluso la muerte, reduciendo la probabilidad de epidemias. Además, reducen la carga económica y sanitaria asociada a enfermedades infecciosas, que a largo plazo se puede destinar a la inversión en otros programas sanitarios o sociales. Adicionalmente son una herramienta crucial en la salud pública y han demostrado ser una de las intervenciones más exitosas y coste-efectivas en medicina (54).

Teniendo en cuenta el monitoreo de cobertura administrativa frente a las metas de vacunación establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS- en la localidad de Puente Aranda se observan los siguientes resultados:

Vacunación pentavalente en niños menores de 1 año con tres dosis: El inicio de la década estuvo marcado por una meta de 93,4% en 2013 descendiendo progresivamente hasta 2018 donde alcanzó 63,6%, 2019 con una meta superior en 51,7% en contraste con la registrada en el año inmediatamente anterior, marcó el incremento paulatino hasta 2023, registrando la cobertura más alta en 2020 (107,2%) y también la más baja del periodo en 2021 (74,1%), año en el que nuevamente se esboza un decremento en la meta de vacunación llegando a 88,3% en 2023; por otra parte, para el primer semestre de 2024, la cobertura de este biológico fue del 53,3% (54).

Vacunación triple viral en niños de 1 año (primera dosis): Las coberturas fueron variables durante 2013 a 2023, pasando por varios descensos e incrementos, en 2019 se registró la meta más alta con 95,9% y previamente, en 2018 fue la más baja (58,8%). En el primer semestre de 2024, la cobertura se ubicó en 37% (54).

Vacuna triple viral (refuerzo en niños de 5 años): Para el periodo 2013 a 2022, las coberturas oscilaron entre 61% la más baja en 2018 y 97% en 2017, con un pico máximo en 2014 con 141% (54).

Vale la pena mencionar que, 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.

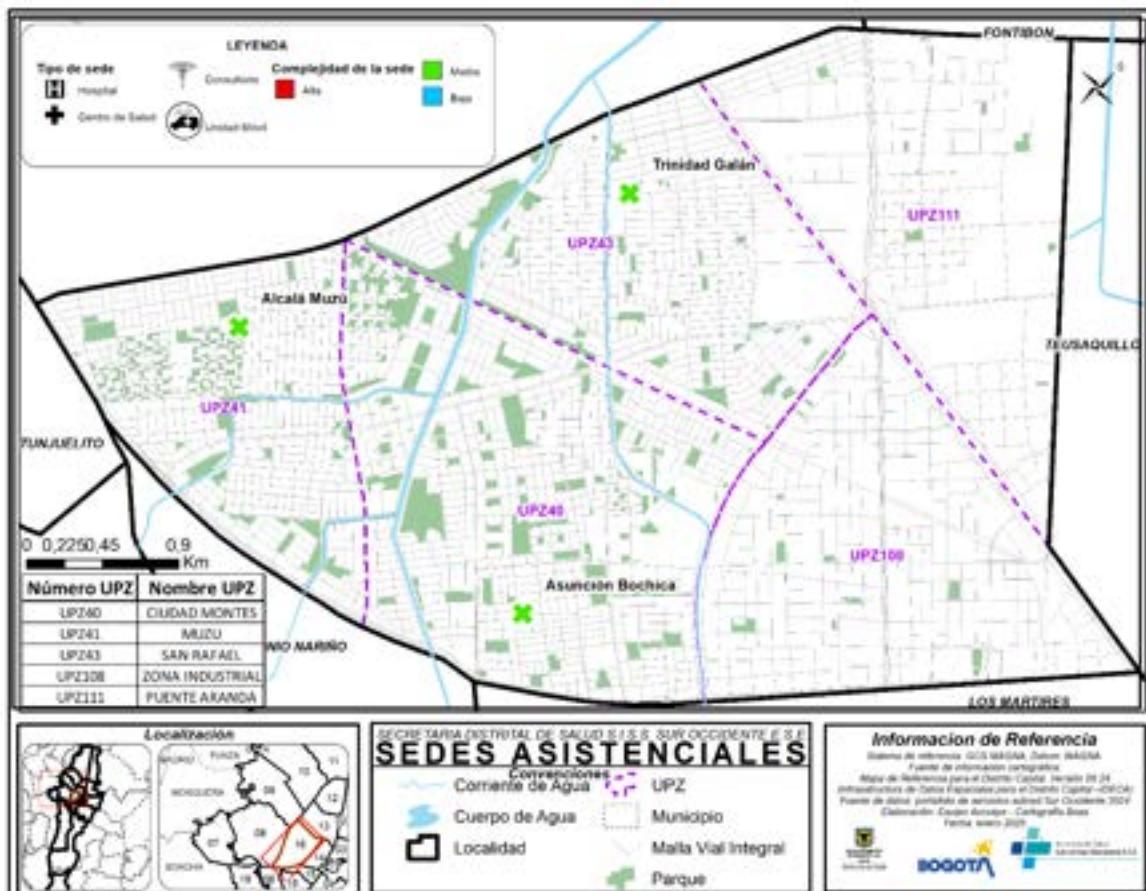
En 2023 el esquema de vacunación tuvo cambios y a partir de esa fecha el biológico trazador para niños de 5 años es el segundo refuerzo de DPT (difteria, tétanos y tos ferina), cuya cobertura en 2023 fue del 90%, encontrándose 9,8% por encima al Distrito (82%). Para el primer semestre de 2024, esta cobertura fue del 43% (54) (ver anexo 2).

Indicadores oferta de servicios de salud

Frente a la oferta de servicios de salud en atención prenatal, el 99,8% de los partos de la localidad de Puente Aranda, fueron atendidos por personal calificado para este tipo de procedimientos médicos, aspecto que contribuye a minimizar riesgos de complicaciones obstétricas que pongan en peligro la vida del binomio. Adicionalmente, el 77,3% de los partos del 2023 corresponden a mujeres afiliadas al régimen contributivo, seguido del 15,9% del régimen subsidiado; finalmente de los 1.666 nacimientos registrados en dicho año, el 93,7% reportaron haber tenido cuatro o más consultas prenatales durante la gestación (ver anexo 1).

La oferta de servicios de salud se dio en 2024 en 3 sedes propias de la Subred Sur Occidente, las cuales son de media complejidad y se ubican en las UPZ 40, 41 y 43, en los barrios Trinidad Galán, Alcalá Muzú y Asunción Bochica y por último las UPZ 108 y 111 que no tienen ninguna sede. (55) (Ver Mapa 15) Para la localidad de Puente Aranda, se destaca la presencia de servicios de urgencias de baja complejidad en el centro de salud Trinidad Galán, la presencia de servicios relacionados con salud materna, además de odontología y salud bucal en el centro de salud Alcalá Muzú, Asunción Bochica y Trinidad Galán, servicios de toma y muestra de laboratorio en el Centro de Salud Alcalá Muzú, servicios para la población menor a 5 años en el centro de salud Trinidad Galán. Servicios de vacunación en los centros de salud Alcalá Muzú, Asunción Bochica y Trinidad Galán. (56)

Mapa 15. Sedes Asistenciales de la Subred Sur Occidente en Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Portafolio de servicios Subred Sur Occidente, noviembre 2024. Elaboración equipo ACCSyE Subred Sur Occidente.

La población de Puente Aranda frente al acceso a servicios de salud enfrenta problemas que pueden repercutir negativamente en su calidad de vida. Estos problemas están relacionados con los largos tiempos de espera para recibir atención, consultas, procedimientos y largas filas, lo cual puede desincentivar a las personas a utilizar estos servicios debido a la sobresaturación de las instalaciones de salud. Complementando lo anteriormente expuesto, en la localidad también existen barreras en el acceso a servicios de salud relacionadas con la calidad de los servicios y el acceso a información sobre los servicios de salud existentes, lo cual puede agravar la situación de salud de una persona, especialmente de las más vulnerables, teniendo en cuenta otras barreras relacionadas con la localización de estos servicios, el transporte, el tiempo de desplazamiento y los costos asociados a estos.

Las barreras anteriormente expuestas también están presentes en la oferta de servicios de la Subred Suroccidente, la cual es baja, y para poblaciones con régimen subsidiado y mayor vulnerabilidad como las personas en situación de discapacidad o las personas Adulto Mayor, estas barreras son más notorias. (11)

2.4 Dimensión poblacional diferencial

En Bogotá, otras de las poblaciones que han sido víctima de exclusión histórica en distintos aspectos son las personas habitantes de calle, migrantes, población rural, y los distintos grupos étnicos cuya residencia es Bogotá y sus alrededores.

Población en Habitación en Calle

Hablar conceptualmente del fenómeno de habitación en calle, implica también tener en cuenta los cambios urbanísticos y sociales que vivió la ciudad de Bogotá; los cuales propiciaron un aumento de las personas viviendo en la calle, así como las nuevas dinámicas y formas de habitarla. De esta manera, el fenómeno de la habitabilidad en calle no tiene una única definición, debido a la multicausalidad de la situación en sí, la cual presenta determinantes asociados con la pobreza, las dinámicas poblacionales, territoriales e incluso políticas que han incidido en la existencia de la misma (57).

Según la *Política Pública Social para Habitantes de Calle 2021-2031*, la habitación en calle es un fenómeno social urbano multicausal, caracterizado por el desarrollo de hábitos de vida complejos y no lineales asociados a la posición que ocupan estas personas en la estructura social (58).

Adicional a lo anterior, de acuerdo con el informe “*Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de las personas en situación de habitación en calle de Bogotá*” del año 2024, se encontraron principalmente 7 factores que inciden en habitar la calle: el desplazamiento forzado, la falta de oportunidades en el campo laboral, el consumo de SPA, los problemas familiares y/o la violencia intrafamiliar, la orfandad, las enfermedades mentales y por elección propia (57).

Es importante mencionar que de acuerdo con el VIII Censo de Ciudadanos Habitantes de Calle -CHC- de Bogotá realizado en 2024, el 6% (n=625) de la población de Bogotá se ubica en la localidad de Puente Aranda, de estos ciudadanos el 90,7% son hombres y el 74,7% son personas con edades entre 29 y 59 años, seguido del 12,8% adultos mayores de 60 años. Vale la pena resaltar que el 30,9% de la PSHC de Puente Aranda nació en otros municipios del país, siendo esta localidad la que concentra la mayor proporción de personas migrantes colombianas en situación de habitación en calle; además de lo anterior, el 3,4% del total de CHC se reconocen como afros, siendo nuevamente la localidad que reúne mayor población con este autorreconocimiento étnico, adicionalmente el 29,9% de la población entrevistada teme por su vida, situándose como la localidad que después de la zona céntrica de Bogotá muestra esta característica (59).

Para la localidad de puente Aranda, esta ha experimentado un aumento en la cantidad de PSHC, además, predomina la presencia de mujeres que hacen parte de este grupo poblacional. Esta localidad es una de las cuales concentra el mayor número de personas con orientación sexual diversa, y se encuentra una mayor localización de las PSHC en los barrios La Asunción, Los Ejidos, Gorgonzola y San Eusebio a la altura del Canal Rio Seco. Esta focalización en estos barrios puede deberse a la relativa menor presencia de otras PSHC y también a la presencia cercana de plazas de mercado, puntos críticos de acumulación de escombros, centros de acopio, procesamiento y aprovechamiento de reciclaje, los cuales, al ser elementos estructurales del territorio, les permiten satisfacer su necesidad de ingreso y realizar sus labores de recolección y reciclaje. (57)

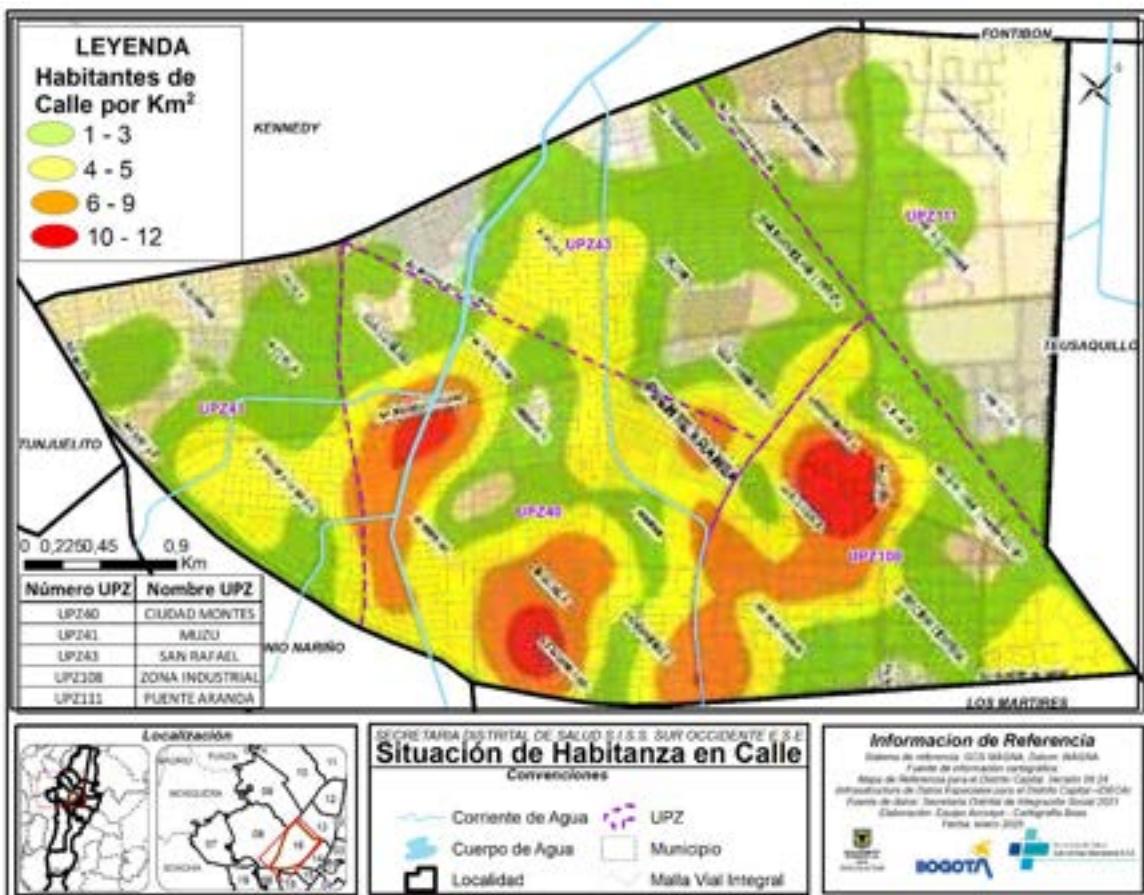
Por otro lado, también se ha identificado que específicamente para esta localidad, la razón de focalización no solo se debe a su centralidad, cercanía a sus fuentes de ingreso y menor presencia de otras PSHC, también se debe a la cercanía que tienen con distintos centros de atención a los cuales acceden mediante diferentes corredores cercanos a la localidad, como la Calle Sexta, Avenida de los Comuneros, Avenida las Américas, Avenida Primera de Mayo, Avenida Quito, Avenida carrera 68, Avenida el Dorado, Avenida Calle 19 y la carriola de la Plaza de la Hoja que conecta al oriente con Mártires y al occidente con Fontibón.

En esta localidad, como se mencionó anteriormente existe una amplia presencia de centros de atención en salud y entornos cuidadores, los cuales, facilitan que algunas PSHC no solo usen Puente Aranda como un corredor y acceso a otras zonas, sino como su localidad principal de residencia, siendo este un 21.4% de los casos reportados en los cuales se mencionó una localidad como residencia. Esto también facilitaría el acceso a Unidades de Protección Integral como la UPI 32 y el Hogar de Paso Bakatá que también está ubicado en esta localidad. (57)

Cabe resaltar que no es solo la presencia de estos espacios que les ofrecen seguridad, aseo y un lugar seguro en el cual pueden pasar la noche la única razón por la cual probablemente establezcan Puente Aranda como uno de las localidades en donde viven, sino por la misma función de estas UPIs, ya que en ellas no solo son atendidos, cuidados y escuchados, sino se hacen procesos de creaciones de proyectos de vida, escucha activa, procesos de recuperación de adicciones y el inicio de búsqueda de oportunidades laborales.

Además de lo anterior, es importante resaltar que es en estos mismos lugares donde las PSHC pueden también hacerse conocer en la localidad e iniciar el proceso que les permita no solo salir de la habitanza en calle, conseguir potencialmente un empleo, iniciar capacitaciones, sino eventualmente integrarse a la comunidad local. Es decir, la importancia de esta localidad radica en el hecho de las posibilidades que esta ofrece para potencialmente mejorar su calidad de vida, adicionando a lo anteriormente dicho, la realización en esta localidad de Jornadas de Autocuidado ha permitido cambiar el enfoque de salud de tratamiento de enfermedades o afecciones, al de la prevención y atención temprana, al involucrar en estas jornadas no solo hábitos saludables sino ofrecer indicaciones de signos tempranos de enfermedades o infecciones. (57)

Mapa 16. Situación de Habitanza en Calle en Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Secretaría Distrital de Integración Social, 2021. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

La presencia de PSHC en la jornada diurna se focaliza principalmente en cuatro zonas específicas: la primera en las UPZ 108 teniendo como centro de esta concentración la vía férrea en la AK 39 desde la AC 13 hasta la AC 6, zona donde parchan y arman sus cambuches; desde esta zona se conectan a la zona comprendida por la ronda el canal de la AC 6 desde la KR 39 B hasta la avenida Ciudad de Quito (frontera de las UPZ 108 y 40), zona en la cual también realizan las mismas actividades de la zona previa; la tercera y cuarta zonas se ubican en la UPZ 40 y se localizan en los barrios la Asunción y el Jazmín; sin embargo, estas zonas al estar tan cercanas entre sí el área intermedia entre todas también muestra presencia de PSHC. Además, la localidad al ser una localidad con oferta institucional para esta población y una localidad de tránsito desde las localidades de la periferia sur occidental hacia el centro de la ciudad tiene una mayor presencia de PSHC en toda la localidad, la cual se observa principalmente en las avenidas arteriales, intermedias, rondas canales, parques y zonas verdes (ver Mapa 16). (60)

Migrantes

De acuerdo al Banco Mundial en su informe “Una mirada actual al contexto migratorio y sus determinantes sociales” del 2024, según los porcentajes de Pobreza Multidimensional para migrantes, principalmente para los venezolanos, el principal índice es la tasa de informalidad laboral con un 88%, seguido por el IPM (Índice de Pobreza Multidimensional) el cual se encuentra en el 32,1% y en un tercer lugar, se ubican las

privaciones en salud con un 58%, entendiendo que una de las barreras más recurrentes al momento de generar afiliación al sistema de salud es el estatus migratorio o la no posesión de documentos de identificación válidos, como el permiso de permanencia o la cédula de extranjería, si bien estas acciones no dependen del gobierno distrital es importante trabajar articuladamente para encontrar soluciones de mediano plazo que mejoren la afiliación de la población migrante al sistema de salud (61).

Los anteriores datos a nivel distrital muestran que, la incidencia de pobreza para las personas migrantes supera significativamente la incidencia general reportada para las personas tanto en el país como en el distrito, las cuales se encuentran en el 12,1% y 11.7%, respectivamente, comparada con los datos anteriormente ofrecidos, que reportan para las personas migrantes los porcentajes de 32.1% en la ciudad de Bogotá (62). Esto podría sugerir que el estatus migratorio es uno de los principales determinantes estructurales que afectan la calidad de vida y las posibilidades de desarrollo de la población migrante, teniendo en cuenta que esto no solo limita su acceso a la salud, sino la posibilidad de conseguir un empleo.

En 2017 la localidad de Puente Aranda concentraba el 9,1% de la población migrante residente en Bogotá, además de lo anterior, la localidad registró una reducción de 27,1% en las tasas de incidencia de sífilis gestacional en 2023 en contraste con 2019, con un decremento de cuatro casos en dicho periodo. Por su parte, la sífilis congénita, tuvo aumento del 100% en 2022 frente a 2019, dado que durante este último año se presentaron dos casos, mientras que en 2019 el reporte estaba en ceros.

Población Gitana Rrom

La comunidad gitana Rrom es una de las poblaciones diferenciales que más tiempo ha estado asentada en la ciudad, esta población, posee una identidad cultural propia y protegida por la institucionalidad, relacionada con el desarrollo de formas nómadas de habitar el territorio, la pertenencia por nacimiento y el uso de una lengua propia. Sin embargo, el conflicto armado del país los ha expuesto a situaciones de migración que han alterado sus prácticas culturales y relación con el territorio, dificultando así en la práctica la realización de estas actividades nómadas que están arraigadas a su concepto de bienestar integral, dicho lo anterior, en la localidad de puente Aranda, si bien por estas mismas dinámicas puede ser complicado realizar un seguimiento de la ubicación específica de esta comunidad, los barrios en los cuales esta población está arraigada y suele movilizarse son el Barrio Galán, Primavera, San Rafael y La Pradera, barrios en los cuales desarrollan sus actividades de venta de artesanías. (63)

Dicho lo anterior, siguiendo la información ofrecida por el Departamento Nacional de Planeación, la escolaridad de esta población tiende a limitarse a la educación media, debido a las dinámicas propias relacionadas con la movilización constante y, complementándolo previamente expuesto, la comunidad gitana o Rrom suele enfrentar situaciones económicas precarias y una limitada formación profesional debido no solo a estas dinámicas migratorias, sino a concepciones relacionadas con la ausencia de figuras de autoridad que limiten sus acciones, tanto en el día a día como en sus actividades de sustento económico. Por otro lado, la existencia de fuertes principios éticos relacionados con la libertad, independencia y la tranquilidad, facilitan el desarrollo de actividades económicas que faciliten la movilización constante y un sustento inmediato como lo son la reparación de máquinas, el cuidado de animales, venta de artesanías e incluso la adivinación. (63)

Para la comunidad Rrom, la espiritualidad es un aspecto importante que influye de manera directa en la salud del individuo, de esta forma se entiende que la buena salud está relacionada con la cercanía con Dios y su comunidad, además, las prácticas adivinatorias y de revelación de la fortuna que esta comunidad desarrolla, son uno de los pilares que garantizan la salud. A pesar de la existencia de ciertas prácticas protectoras de la salud como lo son el lavado de manos y el mantenimiento de la higiene, los principales

padecimientos para la población se centran en la presencia de condiciones orales y problemas nutricionales, además, muchas de estas personas no están afiliadas al SGSSS y sus prácticas tradicionales, asociadas con la movilización constante dificultan el acceso y la permanencia en los tratamientos de salud. (64)

Población Afrocolombiana

En Bogotá, otra de las comunidades diferenciales asentada es la comunidad Afrocolombiana, conformada por las comunidades Negras, Afro, Raizales y Palenqueras. A pesar de los distintos contextos que estas tienen entre sí, hacen parte de un mismo grupo étnico reconocido cuya ascendencia cultural sería africana y en base a esta, y su interacción con el territorio en el país, han desarrollado una identidad cultural propia y protegida por la institucionalidad. Si bien tradicionalmente esta identidad ha sido relacionada con los territorios insulares, el caribe y pacífico colombiano, los procesos migratorios relacionados con el conflicto armado y la búsqueda de mejores oportunidades han favorecido la migración de estos de su territorio de origen a la capital, la cual da residencia a un aproximado de 120.000 personas Negras, Afros, Raizales y Palenqueras.

La situación migratoria por parte de la población afrocolombiana a la ciudad de Bogotá también ha significado que estas personas pueden desarraigarse de sus procesos culturales, prácticas y relación ancestral con su territorio, además de enfrentarse a un contexto en el cual la desigualdad, racismo e inequidad en materia de acceso a empleo y salud puede jugar un papel importante en su bienestar general. Dicho lo anterior, siguiendo los datos ofrecidos por la Secretaría De Planeación (65), la tasa de desempleo para estas comunidades aumentó de un 10,7% a 18,6% entre 2017 y 2022, esto es un aumento significativo, teniendo en cuenta que esta misma tasa general en la ciudad aumentó del 8% al 13,2% en los mismos años y que la tasa de informalidad teniendo en cuenta el IPM en 2021 estuvo en 54,6% y para las comunidades Negras, Afro, Raizales y Palenqueras estuvo en 62,5%. Además de lo anterior las comunidades NARP reportaron tener un porcentaje del 34,3% cuyos ingresos no cubrían los gastos mínimos mensuales. (65). Además de lo anterior, persisten imaginarios y percepciones negativas sobre las comunidades Afrocolombianas en la ciudad, que dificultan aún más sus posibilidades de acceso a empleo, educación y vivienda, imaginarios asociados al desempleo, educación y sexualización de las mujeres. (67)

Dicho esto, mientras que para las comunidades negras, afro y palenqueros, sus razones para emigrar a la ciudad tienden a estar relacionadas con dinámicas laborales y del conflicto armado, para la comunidad Raizal las razones radican no solo en motivaciones económicas y laborales sino por la presencia también de otras comunidades y población raizal ya asentada en la ciudad, que hacen parte de la ORFA(Organización de la comunidad Raizal con residencia Fuera del Archipiélago), las cuales les dan un sentimiento de pertenencia y comunidad al llegar a la ciudad. (66)

A pesar de los datos anteriormente ofrecidos, la perspectiva específica en materia de salud es preocupante, teniendo en cuenta que la principal afección que afecta a estas comunidades son las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio y las afecciones bucales (66), añadiendo a lo anterior, las razones por las cuales, pesar de estar afiliados al SGSSS muchas de estas personas no inician o continúan los tratamientos en salud, es debido a factores relacionados con la ausencia de tratamientos diferenciales, además del hecho que sus prácticas ancestrales protectoras de la salud no son tenidas en cuenta, y algunas pueden ser difíciles de aplicar en el territorio urbano, como los usos de plantas medicinales para tratar afecciones. (66)

Para la localidad de Puente Aranda, esta concentra un 3.3% del total de la población NARP residente en Bogotá. Además, las problemáticas en materia de salud asociadas con este grupo poblacional están

relacionadas con la existencia de prejuicios negativos sobre su pertenencia étnica, al igual que un bajo nivel de escolaridad, posiblemente asociado a las condiciones socioeconómicas y de migración a la que están relacionados. Adicional a lo anterior, es importante recalcar que las afecciones bucales y técnicas ancestrales del cuidado de la salud, relacionadas con plantas y el uso del agua de mar, no son tenidas en cuenta al momento de acceder a los servicios de salud. Por tanto es importante que estas prácticas ancestrales sean tenidas en cuenta para el abordaje y tratamiento efectivo no solo de las enfermedades bucales y cardiorrespiratorias mediante un enfoque en prevención, sino un abordaje que tenga en cuenta las condiciones estructurales que las provocan, entre estas elementos culturales relacionados con los lazos existentes entre las comunidades con su tierra de origen, desconocimientos en materia de cuidado de salud e higiene y también las asociadas con imaginarios, desempleo y pobreza que dificultan a esta comunidad alcanzar un mejor nivel de vida.

Concluyendo, la localidad de Puente Aranda presenta dinámicas en salud relacionadas con la presencia de distintos grupos poblacionales cuyas necesidades y contextos, si bien son distintos entre sí, comparten ciertas experiencias al interactuar con determinantes sociales asociados al género, raza, condición socioeconómica y edad, los cuales al relacionarse con barreras institucionales, ausencia de prácticas de vida saludables, inseguridad, exposición a condiciones ambientales insalubres, informalidad o discriminación ya sea por parte de la población de la localidad, cómo por las autoridades locales y el personal de salud, perjudican la posibilidad que la población local tiene para no solo tener un buen estado de salud, sino solucionar las problemáticas estructurales que son las que perpetúan las situaciones de desigualdad. Sin embargo, es importante aclarar que, si bien al vivir bajo contextos locales en los cuales también existen potencialidades relacionadas con el acceso a servicios de salud, la empleabilidad, la educación y ofertas institucionales, la existencia de estos determinantes en gran medida dificultan el acceso por parte de la población diferencial a estos servicios y oportunidades que pueden mejorar su calidad de vida.

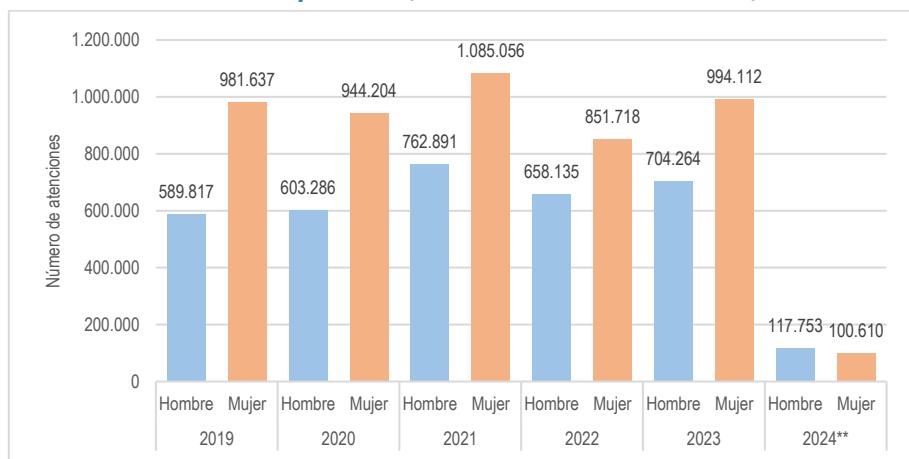
Por otro lado, otro de los determinantes a los cuales las poblaciones diferenciales en Puente Aranda suelen enfrentarse es a la ausencia de ingresos estables, la no posesión de documentación adecuada y ser víctimas de acciones discriminatorias no solo en la calle o contextos familiares, sino al momento de acceder a los servicios de salud, en donde no solo se presentan situaciones de violencia emocional y verbal ejercidas por el personal, además de la reproducción de imaginarios negativos victimizan a la población, limitando su adherencia o uso de estos servicios en situaciones críticas, sino a la ubicación de servicios especializados de protección, los cuales al concentrarse en zonas remotas de la localidad como Alcalá Muzú, trinidad Galán y Asunción Bochica, dificultan un acceso rápido y oportuno a estos, esto podría influir en el aumento de indicadores negativos en salud, relacionados con las principales problemáticas que estas padecen, cómo las afecciones bucales, gastrointestinales y las condiciones de salud mental. Si bien en esta localidad se destacan no solo la existencia de prácticas de autocuidado, tratamientos ancestrales, formación de vínculos e iniciativas comunitarias, estas se enfrentan a los discursos predominantes en la sociedad, asociados a la acumulación de capital, el desarrollo de identidades normativas, relacionamiento con el territorio, la homogeneización de aspiraciones de vida y más específicamente los que promueven la medicina occidental invisibilizan y estigmatizan a aquellas personas cuyas formas de vivir o concepciones son contrarias a estos discursos. Estas prácticas de cuidado no suelen ser homogéneas entre sí y pueden tener mayor ausencia entre ciertas poblaciones con respecto a otras, como las PSHC. Para esta población, la localidad no solo les permite un mayor acceso al desarrollo de sus actividades, también les ofrece iniciativas en procesos de integración, atención y jornadas de autocuidado que ofrecen mayores posibilidades de atención y una posible integración a la localidad. Con respecto a otras poblaciones, cómo la migrante, ROM, personas que ejercen ASP e incluso las mujeres, estas dos últimas poblaciones sufren de estas desigualdades de acceso al servicio debido a la localización remota de las UPZ en las cuales existen servicios para tratar las VBG e Intrafamiliares.

CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.

3.1. Morbilidad General

En Puente Aranda, durante el periodo 2019 a primer semestre de 2024, se identificaron 8.393.483 atenciones realizadas por las IPS que prestan sus servicios en la localidad, siendo el 2021 el año con el mayor número de registros 1.847.947 (22%), lo cual correspondió al 30,8% de las atenciones de la Subred y al 6,3% de lo registrado para Bogotá. Por el contrario, el 2022 fue el periodo en el que menos atenciones se registraron 1.509.853 (17,9%) del total de atenciones del periodo de análisis. Dicho año mostró una reducción de 3,9% con respecto a 2019 en el número de atenciones, lo cual podría atribuirse a la llegada del SarsCoV2 y las distintas medidas de contención y mitigación adoptadas por los servicios de salud; el año 2023 tuvo incremento del 8,1% en contraste con el 2019. Es de resaltar un predominio importante en atenciones a mujeres durante todo el periodo de análisis, dado que el 59% de estas corresponden a personas del sexo femenino (ver Gráfica 2).

Gráfica 2. Número de atenciones por sexo, localidad Puente Aranda, 2019 a 2023 y 2024pp*

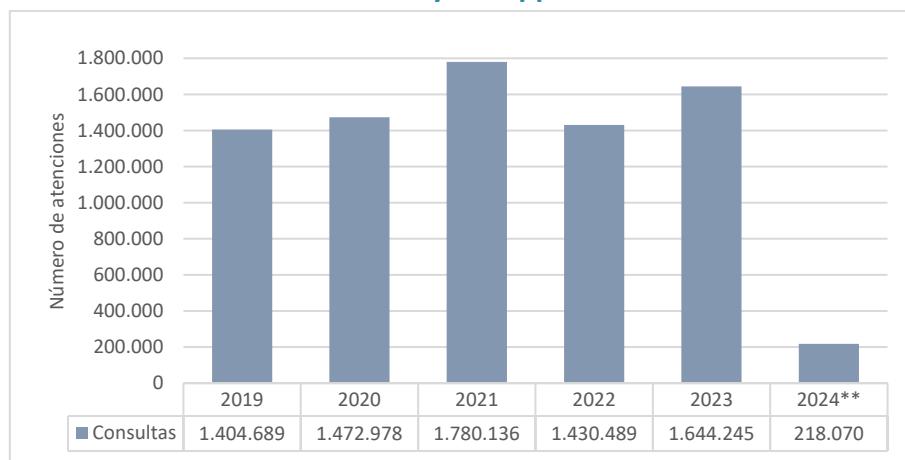


Fuente: Base de datos RIPS SDS, 2019 a I semestre 2024

* parcial y preliminar (I semestre 2024)

Frente al servicio, el 94,7% (n=7.950.607) de las atenciones del periodo analizado se concentraron en las consultas, seguido del 5,1% (n=427.537) correspondiente a urgencias y el restante hace parte de las hospitalizaciones, observando año tras año el mismo comportamiento (ver Gráfica 3 y Gráfica 4).

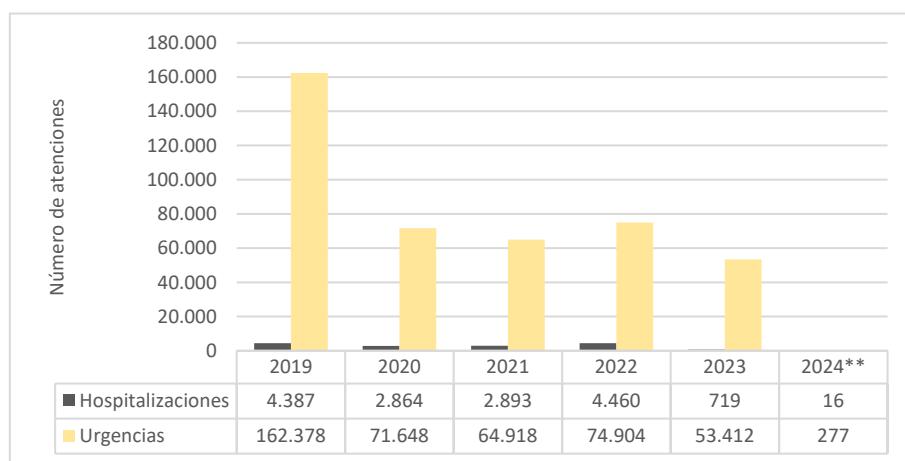
Gráfica 3. Número de atenciones por servicio de consulta, localidad Puente Aranda, 2019 a 2023 y 2024pp*



Fuente: Base de datos RIPS SDS, 2019 a I semestre 2024

* parcial y preliminar (I semestre 2024)

Gráfica 4. Número de atenciones por servicios de hospitalización y urgencias, localidad Puente Aranda, 2019 a 2023 y 2024pp*



Fuente: Base de datos RIPS SDS, 2019 a I semestre 2024

* parcial y preliminar (I semestre 2024)

Al revisar el comportamiento por quinquenios, se evidencia que, en el periodo analizado, la mayor proporción de las atenciones corresponden al grupo de 25 a 29 años con el 11,8% (n=987.088), seguido de las edades comprendidas entre 20 y 24 años con el 10,2% (n=859.368); por el contrario, el grupo de edad con menor proporción de atenciones se ubica entre los 75 y 79 años, seguido de los adolescentes de 10 a 14 años con 2,4% (n=197.541) y 3,1% (n=258.606), respectivamente (ver

Tabla 6).

Teniendo en cuenta las atenciones registradas en los diferentes servicios por quinquenio, se observa que el 22% se concentró en el 2021, dicho año también registró el mayor número de consultas en jóvenes de 25 a 29 años (n=205.868), además de 9.210 ingresos por urgencias y 362 hospitalizaciones en la población de este rango de edad. Para los siguientes años, desde el 2021 las hospitalizaciones se concentraron en las

edades de 35 a 39 años, y las urgencias en 2022 y 2023 en menores de 4 años; el servicio de consulta conservó su comportamiento hasta 2021 con mayor número de atenciones en edad de 25 a 29 años (ver Tabla 6).

Tabla 6. Número de atenciones por servicio y quinquenio, localidad Puente Aranda, 2019 a 2023 y 2024pp*

Edad	Servicio	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
0 - 4 años	Consultas	91.378	75.455	93.763	60.356	77.562	4.581
	Hospitalizaciones	159	55	45	181	42	0
	Urgencias	21.372	6.213	8.571	13.131	6.844	14
	Total	112.909	81.723	102.379	73.668	84.448	4.595
5 - 9 años	Consultas	62.379	37.324	53.202	40.407	68.109	3.315
	Hospitalizaciones	143	35	46	195	24	0
	Urgencias	9.678	2.559	2.623	5.318	4.284	1
	Total	72.200	39.918	55.871	45.920	72.417	3.316
10 - 14 años	Consultas	49.453	35.565	48.924	39.938	65.006	3.615
	Hospitalizaciones	125	61	63	168	33	0
	Urgencias	6.473	1.982	1.739	2.932	2.527	2
	Total	56.051	37.608	50.726	43.038	67.566	3.617
15 - 19 años	Consultas	63.326	55.841	79.428	60.741	88.863	10.407
	Hospitalizaciones	158	81	93	178	70	1
	Urgencias	7.260	3.026	3.116	3.400	2.797	13
	Total	70.744	58.948	82.637	64.319	91.730	10.421
20 - 24 años	Consultas	129.869	133.232	189.476	150.942	168.465	33.574
	Hospitalizaciones	314	214	283	365	49	1
	Urgencias	19.145	9.815	8.741	8.704	6.152	27
	Total	149.328	143.261	198.500	160.011	174.666	33.602
25 - 29 años	Consultas	150.354	162.789	205.868	177.348	192.509	37.852
	Hospitalizaciones	526	354	352	534	55	3
	Urgencias	21.747	11.319	9.210	9.620	6.621	27
	Total	172.627	174.462	215.430	187.502	199.185	37.882
30 - 34 años	Consultas	129.093	135.931	172.455	153.309	171.384	32.105
	Hospitalizaciones	627	439	446	609	60	1
	Urgencias	16.959	9.074	7.398	7.544	5.712	26
	Total	146.679	145.444	180.299	161.462	177.156	32.132
35 - 39 años	Consultas	115.407	118.448	143.452	127.502	140.787	24.826
	Hospitalizaciones	616	414	470	646	76	3
	Urgencias	13.852	7.224	5.628	5.668	4.338	16
	Total	129.875	126.086	149.550	133.816	145.201	24.845
40 - 44 años	Consultas	91.201	95.648	124.533	112.351	126.267	20.181
	Hospitalizaciones	485	309	333	521	48	1
	Urgencias	9.624	5.199	4.497	4.490	3.634	17
	Total	101.310	101.156	129.363	117.362	129.949	20.199
45 - 49 años	Consultas	86.329	87.108	106.890	91.778	103.723	14.183
	Hospitalizaciones	315	231	224	319	64	1
	Urgencias	7.711	3.908	3.343	3.246	2.577	17
	Total	94.355	91.247	110.457	95.343	106.364	14.201
50 - 54 años	Consultas	90.928	94.063	109.587	87.385	96.288	10.541
	Hospitalizaciones	200	179	183	263	57	3
	Urgencias	6.926	3.236	2.783	2.699	2.096	17
	Total	98.054	97.478	112.553	90.347	98.441	10.561
55 - 59 años	Consultas	88.126	90.893	101.806	80.393	88.758	8.105
	Hospitalizaciones	203	155	142	238	39	1
	Urgencias	6.000	2.609	2.288	2.224	1.663	21
	Total	94.329	93.657	104.236	82.855	90.460	8.127
60 - 64 años	Consultas	73.902	77.889	88.560	68.681	78.171	5.152
	Hospitalizaciones	158	113	92	123	31	1
	Urgencias	4.721	1.888	1.794	1.932	1.305	13
	Total	78.781	79.890	90.446	70.736	79.507	5.166
65 - 69 años	Consultas	59.823	63.715	70.863	55.096	59.245	3.096
	Hospitalizaciones	119	69	48	60	24	0
	Urgencias	3.300	1.298	1.088	1.137	932	16
	Total	63.242	65.082	71.999	56.493	60.201	3.112
70 - 74 años	Consultas	45.827	76.071	67.624	40.902	43.076	2.163
	Hospitalizaciones	97	81	32	27	13	0
	Urgencias	2.605	856	800	1.044	709	13
	Total	48.529	77.008	68.456	41.973	43.798	2.176
75 - 79 años	Consultas	32.456	51.358	48.112	29.689	30.002	1.511
	Hospitalizaciones	57	26	23	20	12	0
	Urgencias	2.080	546	515	648	478	8
	Total	34.593	51.930	48.650	30.357	30.492	1.519
80 y más años	Consultas	44.838	81.648	75.593	53.671	46.030	2.863
	Hospitalizaciones	85	48	18	13	22	0
	Urgencias	2.925	896	784	967	743	29
	Total	47.848	82.592	76.395	54.651	46.795	2.892

Fuente: Base de datos RIPS SDS, 2019 a I semestre 2024

* parcial y preliminar (I semestre 2024)

De acuerdo con las principales causas de atención en el servicio de consulta para 2023, se observa que el 7,7% (n=52.801) de los hombres y el 6,9% (n=66.546) de las mujeres fueron atendidas en la localidad por enfermedades de la cavidad bucal y glándulas salivales. En los hombres, las siguientes causas de atención fueron las relacionadas con enfermedades de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores y enfermedades hipertensivas. En el caso de las mujeres, en menor proporción se atendieron consultas por circunstancias relacionadas con enfermedades hipertensivas (ver Tabla 7). Es importante resaltar que la principal causa de atención en el servicio de consulta durante el primer semestre de 2024, corresponde a la misma primera causa de consulta en 2023, tanto en hombres como en mujeres, con el 73,5% (n=86.509) y el 56,6% (n=56.825), respectivamente.

Tabla 7. Principales causas de atención en servicio de Consulta, según sexo, localidad Puente Aranda, 2023

Diagnóstico	Atenciones Hombres		Diagnóstico	Atenciones Mujeres	
	n	%		N	%
Enfermedades De La Cavidad Bucal De Las glándulas Salivales Y De Los Maxilares	52.801	7,7%	Enfermedades De La Cavidad Bucal De Las glándulas Salivales Y De Los Maxilares	66.546	6,9%
Infecciones Agudas De Las vías Respiratorias Superiores	34.203	5,0%	Enfermedades Hipertensivas	49.477	5,1%
Enfermedades Hipertensivas	31.732	4,7%	Infecciones Agudas De Las vías Respiratorias Superiores	45.540	4,7%
Otras dorsopatías	20.028	2,9%	Trastornos episódicos Y paroxísticos	34.106	3,5%
Trastornos episódicos Y paroxísticos	16.156	2,4%	Otras dorsopatías	26.277	2,7%
Personas En Contacto Con Los Servicios De Salud Para investigación Y exámenes y otras circunstancias	201.854	29,6%	Personas En Contacto Con Los Servicios De Salud Para investigación Y exámenes	222.439	23,1%
Síntomas Y Signos Generales	30.212	4,4%	Síntomas Y Signos Generales	61.913	6,4%
Otros Diagnósticos	294.597	43,2%	Otros Diagnósticos	456.364	47,4%
TOTAL	681.583	100%	TOTAL	962.662	100%

Fuente: Base de datos RIPS SDS, 2019 a I semestre 2024

Para el mismo periodo, el 20% (n=63) de los hombres y el 26,7% (n=108), fueron hospitalizados por infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, la segunda causa de hospitalización en hombres fue esquizofrenia con el 16,8% (n=53); por su parte, el 14,4% (n=58) de las mujeres debieron ser hospitalizadas por otras infecciones de las vías respiratorias inferiores. Dentro de las atenciones más frecuentes en hombres que requirieron hospitalización también se encuentran otras infecciones agudas respiratorias, trastornos del humor y enfermedades crónicas respiratorias, en las mujeres se encuentran los trastornos del humor, esquizofrenia y trastornos neuróticos (ver Tabla 8). Durante el primer semestre de 2024, los principales motivos de hospitalización en el 100% de los hombres fueron las infecciones

agudas de las vías respiratorias y en el 100% de las mujeres las mismas de los hombres, pero sumado a trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos.

Tabla 8. Principales causas de atención en servicio de Hospitalización, según sexo, localidad Puente Aranda, 2023

Diagnóstico	Atenciones Hombres		Diagnóstico	Atenciones Mujeres	
	n	%		n	%
Infecciones Agudas De Las Vías Respiratorias Superiores	63	20,0%	Infecciones Agudas De Las Vías Respiratorias Superiores	108	26,7%
Esquizofrenia, Trastornos Esquizotípicos Y Trastornos Delirantes	53	16,8%	Otras Infecciones Agudas De Las Vías Respiratorias Inferiores	58	14,4%
Otras Infecciones Agudas De Las Vías Respiratorias Inferiores	42	13,3%	Trastornos Del Humor [Afectivos]	55	13,6%
Trastornos Del Humor [Afectivos]	23	7,3%	Esquizofrenia, Trastornos Esquizotípicos Y Trastornos Delirantes	41	10,1%
Enfermedades Crónicas De Las Vías Respiratorias Inferiores	14	4,4%	Trastornos Neuróticos, Trastornos Relacionados Con El Estrés Y Trastornos Somatomorfos	23	5,7%
<i>Otros Diagnósticos</i>	120	38,1%	<i>Otros Diagnósticos</i>	119	29,5%
TOTAL	315	100%	TOTAL	404	100%

Fuente: Base de datos RIPS SDS, 2019 a I semestre 2024

De otro lado, el servicio de urgencias reportó el 11,1% (n=2.475) de las atenciones en hombres por infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, seguido del 7,4% (n=1.659) de los síntomas que involucran el sistema digestivo y abdomen, en su orden otras causas de asistencia al servicio de urgencias fueron las relacionadas con, enfermedades infecciosas intestinales y traumatismos de la muñeca y mano. En cuanto a las mujeres, el 14,1% (n=4.381) de los ingresos por urgencias fueron a causa de síntomas que involucran el sistema digestivo y abdomen, seguido del 9,0% (n=2.779) a causa de infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, dentro de las principales causas de consulta a urgencias también se encuentran otras enfermedades del sistema urinario (ver Tabla 9). Durante el primer semestre de 2024, el principal motivo de consulta en el servicio de urgencias en hombres son los servicios de salud para investigación y exámenes con el 13,2% (n=16) y en las mujeres el 23,7% (n=37) las otras enfermedades del sistema urinario.

Tabla 9. Principales causas de atención en servicio de Urgencias, según sexo, localidad Puente Aranda, 2023

Diagnóstico	Atenciones Hombres	Diagnóstico	Atenciones Mujeres
-------------	--------------------	-------------	--------------------

	n	%		n	%
Infecciones Agudas De Las vías Respiratorias Superiores	2.475	11,1%	Síntomas Y Signos Que Involucran El Sistema Digestivo Y El Abdomen	4.381	14,1%
Síntomas Y Signos Que Involucran El Sistema Digestivo Y El Abdomen	1.659	7,4%	Infecciones Agudas De Las vías Respiratorias Superiores	2.779	9,0%
Enfermedades Infecciosas Intestinales	1.012	4,5%	Otras Enfermedades Del Sistema Urinario	1.956	6,3%
Traumatismos De La muñeca Y De La Mano	931	4,2%	Trastornos episódicos Y paroxísticos	1.099	3,5%
Traumatismos Del Tobillo Y Del Pie	756	3,4%	Enfermedades Infecciosas Intestinales	1.079	3,5%
Personas En Contacto Con Los Servicios De Salud Para Procedimientos específicos Y Cuidados De Salud y otras circunstancias	1.775	7,9%	Síntomas Y Signos Generales	1.399	4,5%
Síntomas Y Signos Generales	773	3,5%	Personas En Contacto Con Los Servicios De Salud Para Procedimientos específicos Y Cuidados De Salud	1.206	3,9%
<i>Otros Diagnósticos</i>	12.985	58,0%	<i>Otros Diagnósticos</i>	17.147	55,2%
TOTAL	22.366	100%	TOTAL	31.046	100%

Fuente: Base de datos RIPS SDS, 2019 a I semestre 2024

Finalmente es importante mencionar que según información suministrada por SDS (67) durante 2024 con corte a junio, en la localidad Puente Aranda, se atendieron 487.444 personas por el área de consultas, lo que corresponde al 63% menos que los individuos atendidos en 2023 (n=1.317.375), proyectando así un cierre de año para el 2024 similar al registro de 2023; en el servicio de urgencias el comportamiento en 2024pp* fue similar, pasando de 51.073 personas atendidas en 2023 a un 98% menos (n=1.033). Por su parte, en 2023 se tuvo 2.999 hospitalizaciones en contraste con 2024pp* que se registraron 642, con una reducción de 48,4%; para estos dos servicios el año 2024 se proyecta con cifras inferiores a las registradas en el año inmediatamente anterior.

Eventos de Notificación Obligatoria

A continuación se presenta semaforización de los eventos de notificación obligatoria al sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA, teniendo en cuenta que el color rojo representa la mayor concentración de casos y el verde la menor proporción de notificaciones; se desagregan los eventos relacionados con vigilancia de la rabia, intoxicaciones, violencias, neoplasias, enfermedades de causa desconocida, eventos de salud materno perinatal, transmisibles, de salud sexual y reproductiva, entre otros, durante el periodo 2019 a primer semestre 2024. Vale la pena aclarar que, durante el periodo de análisis no se registraron casos de mortalidad asociada a desnutrición en menores de cinco años, parálisis flácida aguda, sarampión/rubéola y fiebre tifoidea y paratifoidea. Es importante mencionar los eventos

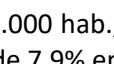
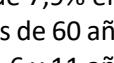
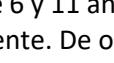
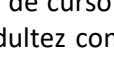
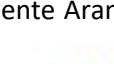
que mostraron incremento en el número de casos notificados en 2023 en contraste con 2019, además de aquellos cuya tendencia en el primer semestre de 2024, se proyecta hacia el aumento.

Es así, como la violencia intrafamiliar y de género en 2023 tuvo un incremento de 42,2% frente al 2019 y para el primer semestre de 2024 ya había superado la cifra al cierre del año inmediatamente anterior. Por otro lado, las intoxicaciones también mostraron incremento del 34,6% en 2023 en contraste con 2019 y para el 2024 en su primer semestre ya se encontraba cercana al número total de casos del 2023. De la misma manera sucede con los eventos agresión por animal potencialmente transmisor de rabia, cáncer de mama, morbilidad materna extrema, evento adverso seguido a la vacunación, IRAG inusitado, tuberculosis pulmonar, hepatitis, Hepatitis A y las ETAS, en donde se evidencia incremento en 2023 con respecto a 2019 y/o tendencia hacia el aumento en el primer semestre de 2024 (ver Tabla 10).

Frente a la vigilancia centinela², se observa un incremento en 2 veces más en la notificación de evento en 2023 respecto a 2019 y en más del 100% durante el primer semestre de 2024, en contraste con la cifra del 2023, lo cual sugiere una mayor adherencia al protocolo del evento 345 del Instituto Nacional de Salud - INS-, por parte del personal de salud de las unidades notificadoras centinelas (ver Tabla 10).

² Es una de las estrategias de vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda que se consolida como la manera más eficaz de recopilar datos oportunos y de buena calidad; se lleva a cabo en un número limitado de instituciones, de manera sistemática y rutinaria. La vigilancia centinela de Enfermedad Similar a Influenza (ESI) se centra en las manifestaciones leves de influenza en pacientes ambulatorios, mientras la vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) se usa para monitorear a las personas con enfermedad respiratoria que han sido admitidas a un hospital. La vigilancia centinela de ESI-IRAG se realiza en UPGD priorizadas en el país, teniendo en cuenta diferentes criterios como factibilidad, sostenibilidad representatividad de la población y disponibilidad de datos; estas instituciones deben recolectar muestras respiratorias a todos los casos que cumplen con la definición y realizar la notificación de estos al sistema de vigilancia; dichas UPGD se encuentran mencionadas en la Circular Externa Conjunta 0031 del 3 de agosto de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 10. Eventos de Notificación Obligatoria, localidad Puente Aranda, 2019 – 2024pp*

Evento notificado	2019	2020	2021	2022	2023	Jun-2024 p*	Tendencia
Vigilancia de la Rabia							
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	700	582	590	653	733	1642	
Intoxicaciones							
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanos, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	133	66	96	155	179	125	
Violencias							
Violencia intrafamiliar y de género	909	623	767	1026	1293	1329	
Neoplasias							
Cáncer (mamá, cervix)	98	99	153	183	173	114	
Cáncer infantil (menores de 18 años)	12	12	6	11	10	7	
Enfermedades de causa desconocida							
Enfermedades huérfanas - raras	201	92	96	87	133	78	
Salud materno perinatal							
Morbilidad materna extrema	137	120	125	130	141	108	
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	28	26	35	24	21	9	
Sífilis gestacional	26	17	25	19	15	15	
Sífilis congénita	5	10	5	3	2	1	
Salud en menores de cinco años							
Desnutrición aguda en menores de 5 años	61	42	43	93	59	64	
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años (IRA, EDA, Desnutrición)	0	0	0	2	1	0	
EAPV							
Evento adverso seguido a la vacunación	3	10	33	8	4	0	
Eventos Transmisibles							
Meningitis	6	2	1	2	4	5	
Parotiditis	211	71	29	39	37	43	
Sarampión-rubeola	1	0	0	0	0	0	
Tosferina	2	0	0	0	0	0	
Varicela	359	103	82	151	176	102	
Enfermedad similar a influenza - IRAG (vigilancia centinela)	3	4	9	14	9	25	
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	2	3	0	3	3	0	
Lepra	0	0	1	0	0	0	
Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	64	39	64	38	75	36	
Tuberculosis farmacorresistente	1	2	1	2	1	2	
Salud Sexual y Reproductiva							
Hepatitis	21	15	20	28	37	24	
VIH/SIDA	140	111	145	124	140	100	
Enfermedades transmitidas por alimentos o agua							
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	0	0	0	0	1	0**	
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	
Hepatitis A	8	5	0	14	14	7	
ETA (Brotes)	1	2	4	1	2	2	

Fuente: Salidas ENOS - SDS, 2019 a I semestre 2024pp*. Reporte de intoxicaciones hasta semana 41 de 2024

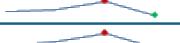
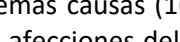
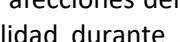
* parcial y preliminar (I semestre 2024)

** se suspende la vigilancia de este evento a partir de 2024

3.2. Mortalidad General

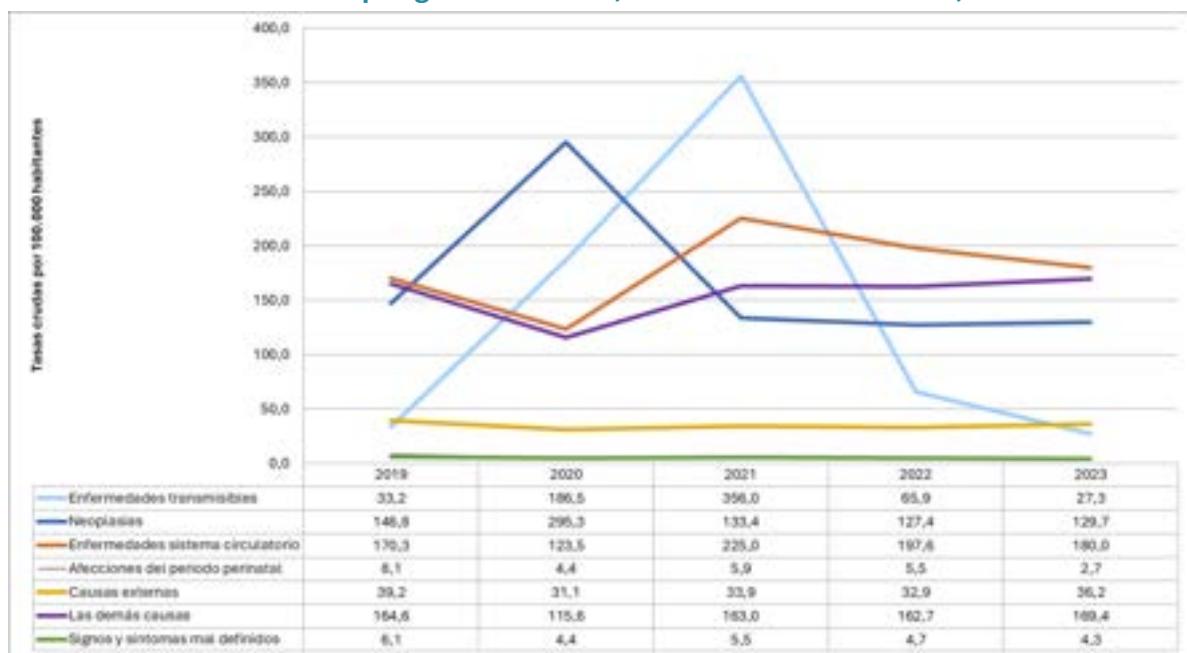
En el 2023, la localidad de Puente Aranda registró una tasa de mortalidad de 549,6 por 100.000 hab., lo que corresponde a 1.411 defunciones, en contraste con el 2022 se evidencia una reducción de 7,9% en la tasa de mortalidad; las tasas de mortalidad más altas se concentraron en las personas mayores de 60 años, seguido de la población adulta, mientras que las tasas más bajas fueron las de los niños entre 6 y 11 años, con excepción de 2022, donde la tasa de mortalidad más baja fue la de la población adolescente. De otro lado, la proporción de mujeres predomina con el 50,5% (n=712); por su parte, el momento de curso de vida con mayor registro de defunciones fue la vejez con el 80,2% (n=1.131), seguido de adultez con el 15,4% (n=217) (ver Tabla 11). Es importante mencionar que para dicho año, la localidad Puente Aranda concentró el 14,2% de las muertes de la Subred Sur Occidente.

Tabla 11. Tasa de mortalidad por sexo y momento de curso de vida, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023

MCV	Sexo	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
P. Infancia	Hombres	208,7	307,7	178,7	126,7	162,4	
	Mujeres	139,0	96,3	149,6	191,1	94,2	
	Total	174,9	205,7	164,6	157,7	129,6	
Infancia	Hombres	24,6	12,4	0,0	12,6	38,4	
	Mujeres	13,0	13,1	0,0	40,3	13,5	
	Total	19,0	12,7	0,0	26,0	26,3	
Adolescencia	Hombres	66,6	44,6	33,8	22,8	34,7	
	Mujeres	11,4	0,0	59,6	24,3	37,5	
	Total	39,3	22,7	46,4	23,5	36,1	
Juventud	Hombres	120,8	105,7	114,5	117,6	121,2	
	Mujeres	38,6	4,3	35,0	22,7	18,7	
	Total	81,6	57,5	76,7	72,8	72,8	
Adulterz	Hombres	271,4	365,9	523,0	223,6	221,2	
	Mujeres	177,8	200,2	264,1	142,2	151,9	
	Total	223,4	281,6	392,0	182,8	186,7	
Vejez	Hombres	3.026,3	4.403,8	5.370,6	3.033,6	2.559,7	
	Mujeres	2.475,4	3.077,0	3.338,6	2.478,0	2.213,7	
	Total	2.706,3	3.635,8	4.192,7	2.713,7	2.361,0	
Total Defunciones	Hombres	586,8	842,7	1.061,4	604,1	550,0	
	Mujeres	550,6	681,7	789,0	589,2	549,2	
	Total	568,3	760,7	922,8	596,6	549,6	

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

Teniendo en cuenta la clasificación 6/67, la tasa de mortalidad más alta para el año 2023 fueron las enfermedades del sistema circulatorio (180 por 100.000 hab.), seguida de las demás causas (169,4 por 100.000 hab.); por su parte, la tasa de mortalidad más baja, se les atribuyó a las afecciones del periodo perinatal (2,7 por 100.000 hab.). El mayor incremento en las tasas de mortalidad durante 2023 en contraste con el 2019, se observó en las enfermedades del sistema circulatorio, el 5,7% por encima del registro inicial; en el mismo periodo, la mayor reducción se evidenció en la tasa de mortalidad por afecciones del periodo perinatal con el 66,3% por debajo del registro para 2019. De otro lado, en 2023 con respecto al 2022 el mayor decremento lo registraron las enfermedades transmisibles con 58,6% por debajo y el mayor aumento estuvo en las causas externas con 10% por encima del año inmediatamente anterior (ver Gráfica 5). Cabe resaltar que la tasa de mortalidad más alta registrada en el periodo analizado correspondió a las enfermedades transmisibles durante el 2021, mientras la más baja fue en 2023 para las afecciones del periodo perinatal.

Gráfica 5. Mortalidad por grandes causas, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

El comportamiento para los hombres fue similar al general, siendo las enfermedades circulatorias la tasa de mortalidad más alta en 2023 (177 por 100.000 hab.), el mayor incremento en 2023 con respecto a 2019 fue de más del 18,7% en los signos y síntomas mal definidos y la mayor reducción (72,9%) le correspondió a las afecciones del periodo perinatal; mientras que en 2023 en contraste con el 2022, paradójicamente la tasa con mayor aumento fueron los signos y síntomas mal definidos (10,1%) y el decremento más representativo fue para las enfermedades transmisibles (66,3%) (ver Gráfica 6).

Gráfica 6. Mortalidad por grandes causas en hombres, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023



Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

Para el caso de las mujeres, en 2023 continúan siendo las enfermedades del sistema circulatorio las que reportan la tasa de mortalidad más alta (182,8 por 100.000 hab), en dicho periodo en contraste con el 2019 las demás causas registran el mayor incremento en la tasa de mortalidad con el 15,3%, mientras que los signos y síntomas mal definidos cuenta con la mayor reducción (86,1%); así mismo, en 2023 respecto al 2022 son los signos y síntomas mal definidos nuevamente los que muestran el mayor decrecimiento (66,8%) y el mayor aumento le corresponde a las afecciones del periodo perinatal (49,4%) (ver Gráfica 7).

Gráfica 7. Mortalidad por grandes causas en mujeres, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

Mortalidad específica por subgrupos

Para el caso de las enfermedades transmisibles, en el periodo evaluado se evidencia una tendencia al decrecimiento para la meningitis, por el contrario, las enfermedades respiratorias agudas muestran tendencia al incremento año tras año, las demás causas tuvieron comportamiento variable desde el 2019 al 2023. Es de resaltar que las tasas de mortalidad más altas en 2023 fueron precisamente las infecciones respiratorias agudas con 14,4 por 100.00 hab. y el resto de las enfermedades infecciosas y parasitarias con 5,8 por 100.000 hab. El comportamiento fue similar en ambos sexos, con las mismas causas de muerte y el mismo orden (ver Tabla 12).

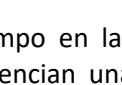
Tabla 12. Tasas de Mortalidad por enfermedades transmisibles, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023

Enfermedades Transmisibles	Tasa Mortalidad General					
	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
1.01 Enfermedades infecciosas intestinales	2,0	1,2	2,0	1,2	2,3	
1.02 Tuberculosis	1,2	0,8	2,8	0,0	0,8	
1.03 Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	2,0	1,6	0,4	0,0	0,8	
1.04 Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
1.05 Meningitis	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	
1.06 Septicemia, excepto neonatal	0,0	0,4	2,0	0,0	0,4	
1.07 Enfermedad por VIH (SIDA)	4,4	5,2	2,4	2,7	2,7	
1.08 Infecciones respiratorias agudas	21,4	9,6	17,8	16,1	14,4	
1.09 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,6	167,8	328,8	45,9	5,8	

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

Frente a las neoplasias, se observó un comportamiento variable en las tasas de mortalidad por la mayoría de las causas específicas; sin embargo, es importante resaltar que la leucemia y el tumor maligno de órganos genitourinarios han mostrado una tendencia al descenso; por el contrario, los tumores malignos de estómago y de los otros órganos digestivos evidenciaron una tendencia al incremento. Durante el 2023, las tasas más altas correspondieron a tumor maligno de los órganos digestivos y tumor maligno de otras localizaciones, con 21 por 100.000 hab. y 19,5 respectivamente. Para las mujeres la primera causa de muerte en 2023 se mantuvo igual a la general con una tasa de 20,8 por 100.000 hab, mientras que para los hombres correspondió a tumores malignos de otras localizaciones con 21,2 por 100.000 hab. (ver Tabla 13).

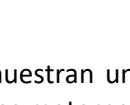
Tabla 13. Tasas de Mortalidad por neoplasias, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023

Neoplasias	Tasa Mortalidad General					
	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
2.01 Tumor maligno del estómago	18,2	11,2	15,8	17,2	18,7	
2.02 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoides	14,2	10,0	11,4	14,9	9,7	
2.03 Tumor maligno De los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	19,4	17,1	20,1	20,0	21,0	
2.04 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	10,1	8,8	10,7	7,1	8,2	
2.05 Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,4	1,6	0,8	2,0	1,9	
2.06 Tumor maligno de la mama de la mujer	9,3	13,9	12,2	8,2	9,7	
2.07 Tumor maligno del cuello del útero	2,4	3,2	3,2	2,4	3,1	
2.08 Tumor maligno del cuerpo del útero	2,4	1,6	1,6	0,8	1,9	
2.09 Tumor maligno del útero, parte no especificada	4,9	0,4	0,0	0,4	1,6	
2.10 Tumor maligno de la próstata	10,1	9,6	9,5	6,7	9,3	
2.11 Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	7,7	182,9	7,1	7,8	5,8	
2.12 Leucemia	4,9	6,8	5,1	5,9	3,5	
2.13 Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	10,1	8,0	6,7	7,8	7,4	
2.14 Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	19,8	14,7	20,1	19,6	19,5	
2.15 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	12,9	5,6	9,1	6,7	8,2	

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

De otro lado, las enfermedades del sistema circulatorio mostraron variabilidad en el tiempo en las diferentes causas de muerte; sin embargo, la fiebre reumática y la arteriosclerosis evidencian una tendencia al descenso, mientras que, las enfermedades isquémicas seguidas de las cardiopulmonares, en el transcurso del quinquenio analizado, han ido en aumento, siendo la primera la que reporta las tasas más altas de mortalidad en todo el periodo. Para el 2023, fueron justamente las enfermedades isquémicas del corazón las que registraron la tasa más elevada con 103,6 por 100.000 hab., seguida de las enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas con 32,7 y 18,3 por 100.000 hab. Al revisar el comportamiento por sexo, se evidencia una tendencia similar a la población general con las principales causas de mortalidad en el mismo orden, con la diferencia que en los hombres la segunda causa de muerte son las enfermedades cardiopulmonares (ver Tabla 14).

Tabla 14. Tasas de Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023

Enfermedades Sistema Circulatorio	Tasa Mortalidad General					
	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
3.01 Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	3,2	0,4	0,0	0,0	0,0	
3.02 Enfermedades hipertensivas	18,6	16,7	20,1	22,0	18,3	
3.03 Enfermedades isquémicas del corazón	95,1	66,5	130,6	103,1	103,6	
3.04 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	11,3	11,6	21,7	22,0	16,0	
3.06 Insuficiencia cardíaca	2,4	1,6	3,2	2,4	1,2	
3.07 Enfermedades cerebrovasculares	33,2	19,9	36,3	34,9	32,7	
3.08 Arteriosclerosis	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	
3.09 Las demás enfermedades del sistema circulatorio	7,3	6,4	12,6	13,3	8,2	

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

En lo relacionado con las afecciones del periodo perinatal, todas las causas de muerte muestran una tendencia al descenso en el tiempo analizado, excepto el feto afectado por ciertas afecciones maternas; de otro lado, la causa de muerte más alta de 2023 fueron los trastornos respiratorios del periodo perinatal con una tasa de mortalidad de 1,2 por 100.000 hab., sin embargo, en contraste con 2019 y 2022 se registra descenso en el indicador. En cuanto al comportamiento por sexo, se mantiene el mismo comportamiento que a nivel general (ver Tabla 15).

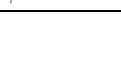
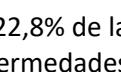
Tabla 15. Tasas de Mortalidad por afecciones del periodo perinatal, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023

Afecciones del Periodo Perinatal	Tasa Mortalidad General					
	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
4.01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0,4	0,4	0,8	0,0	0,4	
4.02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	0,8	0,4	0,8	0,4	0,0	
4.03 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,0	0,0	0,4	1,6	0,0	
4.04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	1,2	1,6	2,0	1,2	1,2	
4.05 Sepsis bacteriana del recién nacido	0,4	0,4	0,8	1,6	0,4	
4.06 Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1,2	1,6	1,2	0,8	0,8	

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUA defunciones - SDS, 2019 a 2023

Por otra parte, la mortalidad por causas externas se evidencia que lo relacionado con las caídas y la exposición a corriente eléctrica han ido en decremento durante el quinquenio; por el contrario, los accidentes de transporte terrestre, los accidentes que obstruyen la respiración y las lesiones autoinfligidas intencionales muestran un aumento durante 2023 en la tasa de mortalidad de 27,1%, 92,6% y 3,7% respectivamente, frente a 2019. Las demás causas han tenido un comportamiento variable durante el periodo. En el año 2023 se registró una tasa de mortalidad más alta en los homicidios en contraste con 2022 encontrándose 47,9% por encima., en 2022 se reportó la tasa más alta del periodo en accidentes de transporte terrestre con 13,3 muertes por 100.000 hab. En cuanto al comportamiento por sexo durante 2023, en las mujeres predominaron las muertes por accidentes terrestres con una tasa de 6,9 por 100.000 hab., así mismo en los hombres con una tasa de mortalidad de 18,9 por 100.000 hab. (ver Tabla 16).

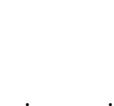
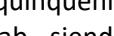
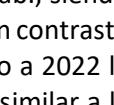
Tabla 16. Tasas de Mortalidad por causas externas, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023

Causas Externas	Tasa Mortalidad General					
	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
5.01 Accidentes de transporte terrestre	10,1	6,8	9,9	13,3	12,9	
5.02 Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
5.03 Caidas	2,8	2,8	5,5	3,5	2,7	
5.05 Ahogamiento y sumersión accidentales	0,4	0,4	0,8	0,0	0,4	
5.06 Accidentes que obstruyen la respiración	0,4	0,0	0,8	0,0	0,8	
5.07 Exposición a la corriente eléctrica	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	
5.08 Exposición al humo, fuego y llamas	0,4	0,0	0,0	0,0	0,8	
5.09 Envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas	0,0	0,4	0,0	1,6	0,4	
5.10 Los demás accidentes	2,4	0,8	2,8	0,8	1,2	
5.11 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	5,3	3,2	4,7	5,9	5,5	
5.12 Agresiones (homicidios)	15,4	11,2	7,9	4,7	7,0	
5.13 Eventos de intención no determinada	4,0	5,2	0,8	2,4	4,3	
5.14 Las demás causas externas	0,0	0,4	0,4	0,4	0,4	

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

Teniendo en cuenta que las muertes clasificadas en el grupo de las demás causas consolida el 22,8% de la mortalidad durante el periodo analizado, se identificó que aquellas causas relacionadas con enfermedades del sistema nervioso, del sistema digestivo, apendicitis y cirrosis son las que han mostrado tendencia al incremento durante los cinco años analizados, siendo la apendicitis la que tuvo mayor incremento en 2023 en más del 100% del reporte registrado en 2019 y 107% por encima de lo registrado en 2022. En el 2023, la tasa de mortalidad más alta fue la correspondiente a las enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores con 35,8 muertes por 100.000 hab., seguido de enfermedades del sistema nervioso con 26,1 por 100.000 hab., mismo comportamiento observado para hombres y las mujeres difiere la segunda causa pues se sitúan las enfermedades del sistema digestivo con una tasa de 27,8 por 100.000 hab (ver Tabla 17).

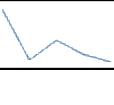
Tabla 17. Tasas de Mortalidad por las demás causas, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023

Las demás causas	Tasa Mortalidad General					
	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
6.01 Diabetes mellitus	17,4	13,5	21,7	13,7	13,2	
6.02 Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	1,2	1,6	2,0	3,1	1,6	
6.03 Trastornos mentales y del comportamiento	3,2	12,0	6,3	9,4	5,5	
6.04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	17,0	12,4	21,7	25,5	26,1	
6.05 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	44,5	16,3	23,3	35,7	35,8	
6.06 Resto de enfermedades del sistema respiratorio	12,5	5,6	8,3	7,8	10,5	
6.07 Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	4,4	4,8	5,9	4,7	9,7	
6.08 Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	7,3	6,0	7,5	6,3	8,6	
6.09 Resto de enfermedades del sistema digestivo	22,7	17,1	21,3	19,2	24,5	
6.10 Enfermedades del sistema urinario	12,1	10,4	20,9	15,7	10,1	
6.11 Hiperplasia de la próstata	0,0	1,2	0,4	0,8	1,6	
6.12 Embarazo, parto y puerperio	0,4	0,0	1,2	0,4	0,0	
6.13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,6	5,2	3,2	1,2	3,5	
6.14 Resto de enfermedades	18,2	9,6	19,3	19,2	18,7	

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUA defunciones - SDS, 2019 a 2023

Finalmente, las causas relacionadas con signos, síntomas y afecciones mal definidas durante el quinquenio analizado, tuvo una oscilación de la tasa de mortalidad entre 4,3 y 7,3 muertes por 100.000 hab., siendo el 2019 el año con la mayor tasa registrada y en 2023 con la tasa más baja; es así como en 2023 en contraste con 2019 se tuvo un decremento de 41,1% en el indicador y en ese mismo año, pero respecto a 2022 la reducción fue de 10,4%. Al observar el comportamiento por sexo se identifica una tendencia similar a la relacionada en población general (ver Tabla 18).

Tabla 18. Tasas de Mortalidad por signos y síntomas mal definidos, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023

Signos y síntomas mal definidos	Tasa Mortalidad General					
	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
0.00 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	7,3	4,4	5,5	4,7	4,3	

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUA defunciones - SDS, 2019 a 2023

Mortalidad infantil por grupos de edad

Durante el quinquenio analizado, las principales causas de muerte en los menores de un año fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa de mortalidad de 251,3 por 100.000 hab. y una reducción en 2023 con respecto a 2019 de 39,1%, seguidas de las malformaciones congénitas con una tasa de 179,5 por 100.000 hab. y con decrecimiento de 45,6% en las muertes respecto a 2019. El mayor decrecimiento en 2023, del 100% en contraste al 2019, se registró para las enfermedades del sistema nervioso y enfermedades infecciosas y parasitarias, el resto de las demás causas de muerte registraron reducción en sus indicadores en 2023 respecto a 2022, excepto las malformaciones congénitas (ver Tabla 19).

Tabla 19. Mortalidad específica por sexo en población menor de un año, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023

Menor de 1 año	Tasas Hombres					Tasas Mujeres					Total Tasas					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (1,09)	0,0	75,8	0,0	0,0	0,0	85,4	0,0	0,0	0,0	0,0	41,3	39,0	0,0	0,0	0,0	
Tumores (neoplasias) (Grupo 2)	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 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 (6,02)	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 (6,04)	79,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	41,3	0,0	0,0	0,0	0,0	
Enfermedades del sistema circulatorio (Grupo 3)	0,0	75,8	72,8	71,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	39,0	37,4	36,6	0,0	0,0	
Enfermedades del sistema respiratorio (6,06 resto enfermedades del SR)	0,0	75,8	0,0	142,7	139,9	85,4	0,0	0,0	150,5	0,0	41,3	39,0	0,0	146,5	71,8	
Enfermedades del sistema digestivo (6,09)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	80,5	0,0	0,0	0,0	39,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Enfermedades del sistema genitourinario (6,10)	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 (Grupo 4)	478,9	757,6	436,7	285,3	279,7	341,6	80,5	614,9	526,7	221,2	412,5	429,4	523,4	402,8	251,3	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (6,13)	478,9	454,5	363,9	71,3	209,8	170,8	161,0	76,9	75,2	147,5	330,0	312,3	224,3	73,2	179,5	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	79,8	0,0	72,8	0,0	69,9	0,0	80,5	0,0	75,2	0,0	41,3	39,0	37,4	36,6	35,9	
Todas las demás enfermedades (Grupo 6)	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	
Causas externas de morbilidad y mortalidad (Grupo 5)	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	

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

En las edades de uno a cuatro años, las causas de muerte con mayor número de registros desde 2019 hasta 2023 corresponden a las enfermedades del sistema respiratorio, las malformaciones congénitas y las causas externas de morbilidad y mortalidad, es importante aclarar que la mayoría de causas de muerte mostraron decremento del 100%, excepto las enfermedades del sistema respiratorio que tuvo incremento en 2023 respecto a 2019; de otro lado, para 2023 estas mismas enfermedades mantuvieron un incremento por encima del 100% frente a. Las neoplasias, las enfermedades del sistema nervioso y de la sangre y órganos hematopoyéticos solo se registraron en hombres (ver Tabla 20).

Tabla 20. Mortalidad específica por sexo en población de uno a cuatro años, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023

Menores de 1 a 4 años	Tasas Hombres					Tasas Mujeres					Total Tasas					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (1,09)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,8	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Tumores (neoplasias) (Grupo 2)	19,4	19,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	10,0	0,0	0,0	0,0	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	19,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (6,02)	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 (6,04)	0,0	0,0	0,0	0,0	18,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,8	
Enfermedades del sistema circulatorio (Grupo 3)	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 respiratorio (6,06 resto enfermedades del SR)	0,0	19,3	0,0	0,0	18,9	20,8	0,0	0,0	20,9	40,3	10,0	10,0	0,0	10,0	29,3	
Enfermedades del sistema digestivo (6,09)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Enfermedades del sistema genitourinario (6,10)	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 (Grupo 4)	0,0	0,0	0,0	19,2	0,0	0,0	0,0	0,0	20,9	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (6,13)	0,0	0,0	0,0	0,0	18,9	0,0	41,5	21,0	0,0	0,0	20,0	10,1	0,0	9,8		
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Todas las demás enfermedades (Grupo 6)	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	
Causas externas de morbilidad y mortalidad (Grupo 5)	19,4	19,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	21,0	0,0	0,0	10,0	10,0	10,1	0,0	

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

Finalmente, las principales causas de muerte en los niños menores de cinco años al igual que en los menores de un año, son las afecciones originadas en el periodo perinatal registrando la tasa de mortalidad más alta de 2023 con 53,7 muertes por 100.000 menores de cinco años, seguido de las malformaciones congénitas con una tasa de 46 muertes. Es importante mencionar que durante 2023, las enfermedades del sistema respiratorio tuvieron un incremento por encima del 100% en contraste con 2019, seguido de las malformaciones congénitas con el 192% superior a lo registrado en 2022; para el 2023 en contraste con 2022 todas las causas mostraron reducción en sus tasas de mortalidad, excepto la mencionada anteriormente. Se resalta que los únicos casos de enfermedades del sistema digestivo sucedieron en mujeres, mientras que frente a los tumores, las enfermedades de la sangre, del sistema nervioso y del sistema circulatorio solo se presentaron en hombres (ver Tabla 21).

Tabla 21. Mortalidad específica por sexo en población menor de cinco años, localidad Puente Aranda, 2019 – 2023

Menores de 5 años	Tasas Hombres					Tasas Mujeres					Total Tasas					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (1,09)	0,0	15,4	0,0	0,0	0,0	33,4	0,0	0,0	0,0	0,0	16,1	8,0	0,0	0,0	0,0	
Tumores (neoplasias) (Grupo 2)	15,6	15,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,1	8,0	0,0	0,0	0,0	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	15,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	0,0	0,0	0,0	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (6,02)	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 (6,04)	15,6	0,0	0,0	0,0	14,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,1	0,0	0,0	0,0	7,7	
Enfermedades del sistema circulatorio (Grupo 3)	0,0	15,4	15,3	15,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	7,9	7,9	0,0	
Enfermedades del sistema respiratorio (6,06 resto enfermedades del SR)	0,0	30,8	0,0	30,3	44,7	33,4	0,0	0,0	49,2	31,7	16,1	15,9	0,0	39,3	38,4	
Enfermedades del sistema digestivo (6,09)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,5	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	0,0	0,0	0,0	
Enfermedades del sistema genitourinario (6,10)	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 (Grupo 4)	93,6	153,9	91,8	75,6	59,6	66,9	16,5	132,2	131,1	47,5	80,7	87,6	111,2	102,2	53,7	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (6,13)	93,6	92,4	76,5	15,1	59,6	33,4	65,9	33,0	16,4	31,7	64,6	79,6	55,6	15,7	46,0	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	15,6	0,0	15,3	0,0	14,9	0,0	16,5	0,0	16,4	0,0	8,1	8,0	7,9	7,9	7,7	
Todas las demás enfermedades (Grupo 6)	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	
Causas externas de morbilidad y mortalidad (Grupo 5)	15,6	15,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,5	0,0	0,0	8,1	8,0	7,9	0,0	0,0	

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

3.3. Eventos trazadores en salud pública

A continuación, se presentan los eventos en salud, cuyos indicadores trazadores se encuentran asociados a metas estratégicas al Plan de Desarrollo Distrital -PDD- y al Plan Territorial de Salud -PTS- 2024 – 2027 y su comportamiento desde 2020 hasta 2023, considerando la tendencia para 2024 a corte del mes de noviembre. Cada año se compara con el periodo inmediatamente anterior y de esta manera se presenta semaforización indicando en color rojo aquellos indicadores que han aumentado respecto al lapso anual que le antecede; adicionalmente, el 2024pp* muestra un comparativo por medio de íconos (rojo y verde) contrastando su comportamiento frente a la meta o línea base distrital.

Tabla 22. Comportamiento indicadores trazadores PDD y PTS, localidad Puente Aranda, 2019 – 2024p*

Indicadores trazadores - PDD y PTS 2024 - 2027	2019	2020	2021	2022	2023	2024 p*	Bogotá Meta 2024 / LB2022
Razón de mortalidad materna	41,4	0,0	104,9	55,1	0,0	0,0	35,9
Tasa de mortalidad perinatal	3,3	2,2	17,6	14,3	10,3	5,5	10,0
Tasa de mortalidad infantil	9,1	10,6	11,5	10,4	8,6	8,0	9,0
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	10,7	13,3	12,5	12,1	11,5	8,6	10,3
Prevalencia riesgo DNT Aguda en menores de 5 años	12,2	12,8	12,5	11,9	12,4	12,5	13,0
Prevalencia DNT Aguda en menores de cinco años	3,6	3,1	3,2	2,1	2,2	1,4	1,6
Proporción de bajo peso al nacer **	12,5	13,6	15,1	14,7	15,0	14,7	14,7
Tasa mortalidad prematura por condiciones crónicas	139,9	148,5	140,0	141,2	127,9	138,6	125,0
Tasa específica de fecundidad 10 a 14 años	0,8	0,7	0,4	0,3	0,3	0,2	0,6
Tasa específica de fecundidad 15 a 19 años	23,1	19,3	16,6	13,9	10,8	9,1	20,8
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,0	3,5	2,5	1,6	1,1	1,2	2,6
Tasa de mortalidad por suicidio	4,9	1,6	4,7	5,1	4,7	2,7	5,2

*p: Dato preliminar 2024

Frente a la razón de mortalidad materna se evidencia un comportamiento variable durante el periodo con su pico máximo en 2021, el indicador para 2024 se mostró estable pues al igual que 2023, no se presentaron casos de defunciones maternas en la localidad. Al revisar el cumplimiento con la meta distrital, en 2024pp* este indicador se encuentra 100% por debajo de la meta para Bogotá (35,9 muertes maternas por 100.000 NV), dado que no se registraron muertes maternas (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

En la mortalidad perinatal, el comportamiento ha sido variable puesto que en 2021 se presentó un pico, pero desde ese momento en adelante ha venido en decremento progresivo, hasta 2024, este último año evidencia un indicador 66,7% superior al de 2019 y 46,6% superior a 2023; adicionalmente, la localidad contaba con una tasa de mortalidad 45% más baja que la actual meta distrital (10 muertes por 1.000 NV) (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, el pico más alto se presentó en 2021, durante 2024, año con la cifra más baja del periodo analizado, se evidencia decremento en el indicador del 12,1% respecto a 2019 y del 7% con relación al 2023. Frente a la meta distrital, el 2024 cerró con un 11,1% por debajo de la misma (9 por 1.000 NV) (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Por su parte, la mortalidad en menores de cinco años muestra un comportamiento similar a la mortalidad infantil, con un incremento de 19,6% en 2024 con respecto a 2019 y reducción de 25,2% en contraste con 2022; además, el indicador para la localidad en 2024 se encuentra 16,5% por encima de la meta distrital (10,3 muertes en menores de cinco años por 1.000 NV). (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Para el riesgo de desnutrición, se evidenció incremento en 2024 con respecto a 2019 en 2,5% y del 0,8% en contraste con el 2023, teniendo en cuenta la meta establecida para el año inmediatamente anterior, la localidad se encontraba 3,8% por debajo de la cifra aceptable a nivel distrital (13 menores de cinco años con riesgo de desnutrición por 100 menores captados por SISVAN). Así mismo, en lo relacionado con la desnutrición aguda, el año 2024 cerró con una cifra 61,1% por debajo del indicador para el 2019 y 36,4% más baja que la registrada en 2023; así mismo, el reporte del último año se encuentra favorable de acuerdo con la meta distrital, con la cifra 12,5% más baja (1,6 menores de cinco años con desnutrición por 100 menores captados por SISVAN) (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Con el paso de los años, se evidencia un comportamiento variable del bajo peso al nacer, mostrando un leve descenso en 2024. Durante dicho año, se observa la proporción 17,6% por encima de la cifra del 2019 y 2% inferior en contraste con 2023; así mismo, en el cierre de 2024, la localidad se encontraba estable respecto a la línea base local 2022 (14,7 por 100 NV) (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Teniendo en cuenta que la medición del indicador de mortalidad temprana por enfermedades crónicas se ajustó a población de 30 a 70 años a partir de junio de 2024, dicho año cerró con una tasa de mortalidad 0,9% más baja que la registrada en 2019 y 8,4% más alta que la de 2023. De igual manera para 2024, se encontraba 10,9% superior a la meta distrital para el presente periodo (125 muertes tempranas por enfermedades crónicas por 100.00 Hab) (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

En relación con la tasa de fecundidad de 10 a 14 en la localidad, se encuentra con un comportamiento estable en 2024, su tendencia desde el 2019 ha sido hacia el descenso; durante 2024 este indicador estuvo 80% por debajo de la cifra del 2019 y 46,7% inferior al registro de 2023. De igual manera 2024, también se ubica 73,3% más baja que la meta distrital propuesta para el presente periodo de gobierno (0,6 nacimientos en menores de 10 a 14 años por 1.000 en ese rango de edad). Por su parte, la tasa de fecundidad de 15 a 19 años muestra una tendencia similar para el cierre del 2024, con estabilidad en el número de casos y el indicador; durante el periodo analizado la tasa de fecundidad ha venido en descenso progresivo desde el 2019, pasando en 2024 por un registro 15,7% menor que el de 2023 y 60,6% inferior a la cifra del año previo al inicio de pandemia. La tasa de fecundidad de 15 a 19 años en la localidad para 2024, se ubicó 56,3% por debajo de la meta distrital propuesta (20,8 nacimientos en mujeres adolescentes por 1.000 mujeres en ese rango de edad) (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

En lo que se refiere a la sífilis congénita, se ha venido registrando una tendencia al descenso en el número de casos y por ende la incidencia, pasando de una cifra de 2 en 2019 a 1,2 en 2024, contemplando este último año un decremento de 40% respecto al año previo al inicio de la pandemia, pero 9,1% por encima del indicador para 2023. En cuanto a la meta distrital (2,6 casos por 1.000 NV + fetales), la localidad cerro 2024 con el indicador 53,8% más bajo que el propuesto para Bogotá (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Finalmente, frente a la mortalidad por suicidio, se evidencia una tendencia al decrecimiento durante el periodo analizado; durante el 2024, la tasa de mortalidad en la localidad se encontraba 44,1% por debajo a la del 2019 y 42% inferior a la cifra reportada para 2023. Al revisar la meta distrital, Puente Aranda se encontraba en 2024 con un indicador 47,8% por debajo de la meta planteada para la ciudad y para el cierre de dicho año, la localidad registró una tasa de mortalidad 38% por debajo del reporte para la ciudad (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

3.4. Problemáticas y necesidades sociales y ambientales

El Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad -VEBC-, permite la articulación entre los procesos de Vigilancia en Salud Pública y los demás componentes transversales de la Salud Pública, favoreciendo el empoderamiento de las comunidades. La VEBC como estrategia integrada desarrolla acciones a partir de la participación social incidente, vinculante, e incluyente teniendo en cuenta el enfoque territorial y diferencial, en coordinación con actores institucionales, sectoriales e intersectoriales buscando reducir riesgos y vulnerabilidades para la garantía del derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital, en el marco del Modelo de Atención en Salud de Bogotá “MAS Bienestar” (68).

La identificación, captura y registro de la información en el aplicativo del SIVIGILA D.C permite la caracterización de las situaciones problemáticas ambientales, sociales y de salud percibidas por la comunidad. A su vez, permite conocer las condiciones y realidades en el territorio lo que facilitará la implementación de procesos de gestión y movilización social para la mitigación de la situación problemática. La notificación es un proceso que conlleva a la captura y verificación de las situaciones problemáticas ambientales, sociales y de salud que han sido percibidas por la comunidad y otras fuentes de notificación, las cuales son reportadas principalmente por los integrantes de la Red de Vigilancia Comunitaria -REVCOM- y deben ser ingresadas al sistema de información aplicativo SIVIGILA D.C (68), allí se consolidan las diferentes situaciones problemáticas (ambiental, social, salud), lo cual permite evidenciar que el 68,9% de las problemáticas reportadas en 2023 y el 70,7% del registro de 2024 durante el primer semestre, se concentran en las primeras cinco relacionadas a continuación:

Tabla 23. Principales problemáticas colectivas, localidad Puente Aranda, 2023 – 2024*

Problemática Colectiva	2023		Problemática Colectiva	2024 (I semestre)	
	n	%		n	%
Manejo inadecuado de residuos sólidos	16	17,8%	Manejo inadecuado de residuos sólidos	11	19,0%
Otros PCO de Salud Ambiental	15	16,7%	Relacionado con personas en condición de habitabilidad en calle	9	15,5%
Relacionado con personas en condición de habitabilidad en calle	14	15,6%	Tenencia inadecuada de animales y riesgo de zoonosis	8	13,8%
Tenencia inadecuada de animales y riesgo de zoonosis	9	10,0%	Consumo de SPA en espacio público, parques y zonas de recreación	7	12,1%
Inseguridad, entorno propicio a violencia y conflictos	8	8,9%	Inseguridad, entorno propicio a violencia y conflictos	6	10,3%
<i>Otras problemáticas</i>	28	31,1%	<i>Otras problemáticas</i>	17	29,3%
TOTAL	90	100%	TOTAL	58	100%

Fuente: Base problemáticas colectivas VEBC - SDS, 2023 a 2024*

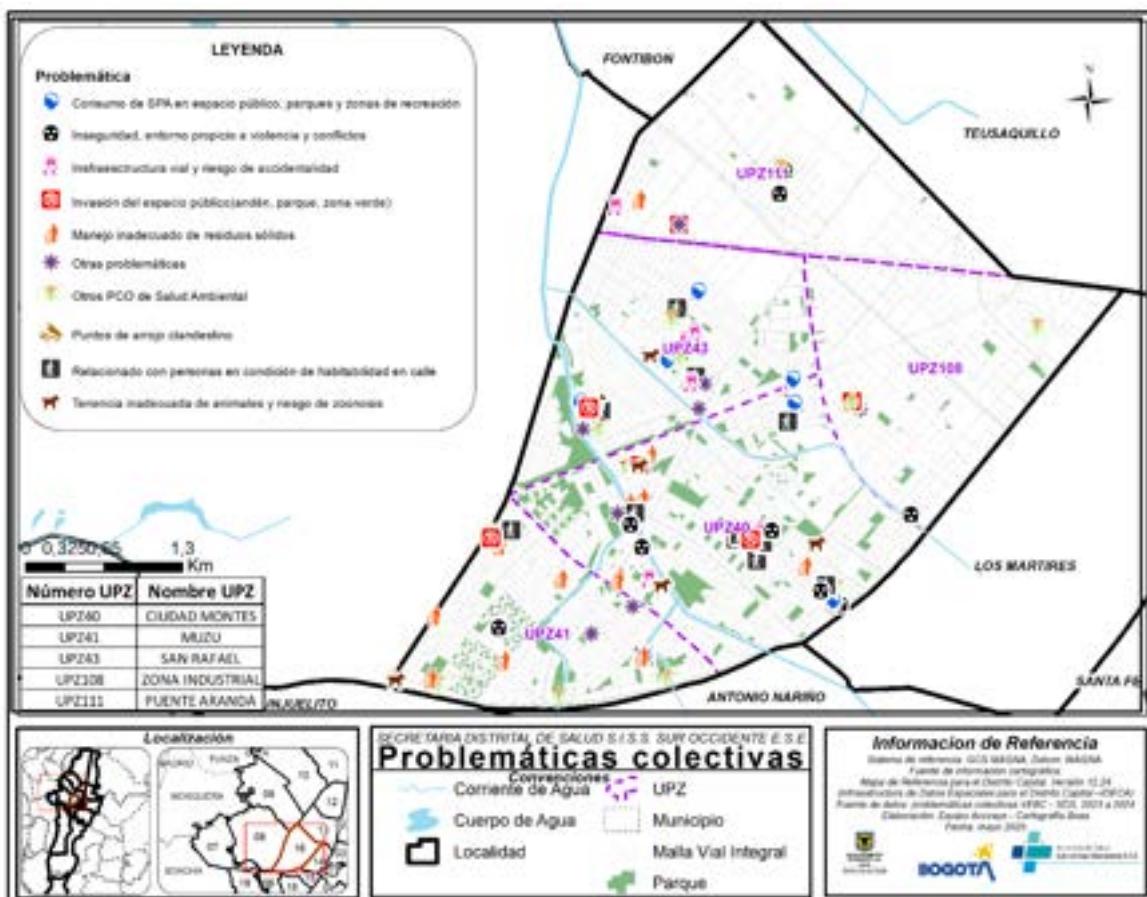
*primer semestre 2024 (parcial y preliminar)

El manejo inadecuado de residuos como problemática ambiental concentra el entre el 17,8% y el 19% del total de los reportes por parte de la comunidad, desde 2023 con corte al primer semestre de 2024, posteriormente en 2023 el 16,7% corresponde a otras problemáticas ambientales, mientras que en el primer semestre de 2024 el segundo lugar le corresponde a personas en condición de habitabilidad en calle con el 15,5%, problemática que hace parte del eje social; las siguientes problemáticas notificadas al

subsistema de vigilancia, difieren para 2023 y primer semestre de 2024, pero tienen relación en su mayoría con los ejes social y ambiental (ver Tabla 23).

Para el año 2021, según los resultados de la Encuesta Multipropósito, del total de hogares encuestados en la localidad Puente Aranda (n=89.140), el 12,2% indicaron estar cerca a expendios de drogas. A nivel de UPZ, las que tienen mayor porcentaje de respuesta afirmativa son San Rafael, seguido de Ciudad Montes con el 13,5, y 13,1%, respectivamente. De otro lado, al indagar por la presencia de roedores, insectos o animales que causan molestia en el entorno, el 12,1% de los hogares encuestados, manifestaron encontrarse cerca de estos focos, en especial en la UPZ San Rafael donde el 18,9% de los hogares respondió afirmativamente a esta pregunta. Así mismo, el 12,5% de los hogares encuestados, afirmaron estar cerca de botaderos de basura o basureros, con mayor presencia de estos puntos críticos ambientales en las UPZ Zona Industrial y Puente Aranda con el 33,6%, respectivamente (44).

Mapa 17. Problemáticas colectivas de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024 - Base problemáticas colectivas VEBC - SDS, 2023 a 2024*. Elaboración equipo ACCSyE Subred Sur Occidente.

*primer semestre 2024 (parcial y preliminar)

Las problemáticas colectivas en la localidad se concentran principalmente en unos barrios específicos de las UPZ 40, 43 y 111, los cuales son: en la UPZ 40 La Asunción, Las Violetas La Asunción, Santa Isabel Occidental, La Ponderosa, El Jazmín II Sector y Ciudad Montes III Sector, en la UPZ 43 Camelia II Sector,

Galán, La Camelia, Barcelona, Colon y El Arpa y La Lira, en la UPZ 11 Salazar Gómez y Puente Aranda. (ver Mapa 17)

En conclusión, al revisar el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de la población en la localidad Puente Aranda, las infecciones respiratorias agudas, se resaltan en nivel de importancia ya que fueron una de las principales causas de consulta por urgencias en hombres y de hospitalización en hombres y mujeres, así como los síntomas que involucran el abdomen como principal motivo de atención por urgencias en mujeres; de otro lado, vale la pena mencionar las enfermedades del sistema circulatorio en especial las hipertensivas, isquémicas y cardiovasculares, dado que se destacaron por ser la primera causa de defunción en la población, seguida por las neoplasias a nivel de órganos respiratorios torácicos. Por su parte, la morbilidad materna extrema y el cáncer de mama fueron los principales eventos notificados al SIVIGILA en mujeres; en cuanto a población general las violencias ocuparon un lugar importante, junto con la tuberculosis, la hepatitis A y B, las intoxicaciones, el IRAG inusitado y las agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia, en cuanto a los menores de cinco años, se destacó el incremento de casos de desnutrición aguda y riesgo de esta. Finalmente, en cuanto a las problemáticas sociales y ambientales identificadas en la localidad de Puente Aranda, se resalta el manejo inadecuado de residuos sólidos y la presencia de personas en condición de habitabilidad en calle.

3.5 Núcleos de inequidad socio sanitaria a nivel local

En el marco del Plan Territorial de Salud (PTS) 2024-2027 (69), 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 que partir de una perspectiva local, 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. Estos núcleos que se definen con mayor detalle en el capítulo III 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. A continuación, se presentan los principales núcleos de inequidad identificados en el contexto del Distrito Capital.

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.

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. (70) 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 (70).

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

Este núcleo se relaciona con las inequidades en el acceso efectivo, la distribución y la calidad en 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. (69) La prevalencia del riesgo de desnutrición aguda para 2024 superó en 0,8% la cifra del 2023 y en 2,5% el registro de 2019. Las coberturas de vacunación de triple viral y pentavalente se ubicaron por debajo del 89% en 2023 y del 75 en 2024.

Por lo anterior, dentro de este núcleo se posicionan las problemáticas de “Las desigualdades producto de las necesidades básicas insatisfechas y la precariedad laboral han afectado la salud de la localidad, contribuyendo al aumento de las barreras de acceso a ofertas y servicios de salud en la población más vulnerable. Estas han afectado la salud de la población menor a 5 años de la localidad, particularmente en temas nutricionales, en la UPZ 108, donde hay hogares en estrato 2. Esto puede desencadenar situaciones en salud como problemas del crecimiento, metabólicos, de aprendizaje, de desarrollo de habilidades cognitivas, motoras y alteraciones de la piel, las cuales tienen consecuencias en el desarrollo social y económico de la persona.”, “La edad, el estrato socioeconómico y el nivel educativo determinan la calidad de vida de la población. Por otro lado, otros factores como la exposición a sustancias químicas y la ausencia de actividad física pueden relacionarse a dinámicas a las cuales está expuesta la población de Puente Aranda, dando como resultado de esta ausencia de hábitos de vida saludables se pueden desencadenar problemas relacionados con enfermedades cardiovasculares, pulmonares crónicas, cáncer entre otras.” y “Las desigualdades de género, la autonomía económica limitada y las barreras en educación y empleo afectan la salud materna y la seguridad de las mujeres en la localidad.

La ausencia de redes de apoyo limita el acceso a recursos esenciales y oportunidades, pese a la predominancia de estratos medios, la dependencia económica, las dificultades en el acceso a salud y protección agravan esta situación, como resultado han aumentado los indicadores de morbilidad materna y violencia contra la mujer, perpetuando la desigualdad y vulnerabilidad, especialmente en las UPZ 40 y 43.” La primera problemática está relacionada con el acceso efectivo, distribución de ofertas y servicios, la oferta de los prestadores y servicios de salud, la segunda con el acceso efectivo y la suficiencia en materia de personal y equipamiento de salud, la tercera con la alfabetización en Salud y el Acceso a salud. Lo anterior se debe a las problemáticas estructurales de los servicios de salud, asociadas con oportunidad de citas, calidad del servicio, trámites necesarios para que la población pueda acceder al servicio o la presencia de profesionales y equipamiento adecuado para atender a esta población en los centros médicos

locales. (71) Las anteriores barreras de acceso, al interrelacionarse con determinantes como la pobreza, la edad y el género, podrían desencadenar otras inequidades relacionadas con la educación, el acceso al trabajo, y la perpetuación de hechos de violencia, aumentando así la vulnerabilidad de la población infantil, mayor de 65 años y las mujeres en la localidad de Puente Aranda.

La edad y la condición socioeconómica, son determinantes estructurales presentes en la localidad de Puente Aranda, y se constituyen como barreras de acceso a los servicios de salud y ofertas institucionales. Por otro lado, la pobreza oculta y las barreras tanto laborales como educativas de la localidad, asociadas con las desigualdades socioeconómicas, pueden incidir en la ausencia de apropiación en materia de prácticas de autocuidado. Lo anterior puede desencadenar un aumento en la morbilidad de la población materna y en la población adulto mayor, además del aumento de casos de violencia, negligencia y abuso contra ambos.

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

Este núcleo 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. (69) La localidad de Puente Aranda registró en 2022, incremento del 21,4% en las muertes por enfermedades cardiovasculares respecto a 2019, con similar afectación en hombres y mujeres y mayores de 65 años. Así mismo, durante 2024 la mortalidad por enfermedades crónicas en personas de 30 a 70 años estuvo 8,4% más alta que la cifra registrada en 2023. El quinquenio con mayor proporción de muertes es de 60 a 64 años con el 30,5%, seguido del 28,9% de personas entre los 65 y 69 años; de otro lado las principales causas de muerte fueron las neoplasias con el 51,2%, seguido del 40,1% correspondiente a enfermedades cerebrovasculares. Finalmente, la notificación al SIVIGILA de los casos de cáncer de mama, incrementó en 76,5% durante 2023, en contraste con 2019.

Dentro de este núcleo se posicionan las problemáticas de “El manejo inadecuado de residuos sólidos, la exposición a químicos y contaminantes contribuyen al deterioro de la calidad del aire. De esta forma existen deficiencias en materia de educación ambiental, la cual incide en la mala gestión de desechos industriales; especialmente en las UPZ 108 y 111, debido a su cercanía a lugares de arrojo clandestino. Esto puede resultar en el aumento de diversas afecciones como intoxicaciones por consumo de sustancias químicas, infecciones respiratorias relacionadas con el contacto con vectores transmisores de enfermedades, los cuales repercuten negativamente en la salud de las personas que habitan o transitan estas zonas.”, “Las desigualdades producto de las necesidades básicas insatisfechas y la precariedad laboral han afectado la salud de la localidad, contribuyendo al aumento de las barreras de acceso a ofertas y servicios de salud en la población más vulnerable. Estas han afectado la salud de la población menor a 5 años de la localidad, particularmente en temas nutricionales, en la UPZ 108, donde hay hogares en estrato

2. Esto puede desencadenar situaciones en salud como problemas del crecimiento, metabólicos, de aprendizaje, de desarrollo de habilidades cognitivas, motoras y alteraciones de la piel, las cuales tienen consecuencias en el desarrollo social y económico de la persona.” y “La edad, el estrato socioeconómico y el nivel educativo determinan la calidad de vida de la población. Por otro lado, otros factores como la exposición a sustancias químicas y la ausencia de actividad física pueden relacionarse a dinámicas a las cuales está expuesta la población de Puente Aranda, dando como resultado de esta ausencia de hábitos de vida saludables se pueden desencadenar problemas relacionados con enfermedades cardiovasculares, pulmonares crónicas, cáncer entre otras.”. Estas problemáticas están relacionadas con el acceso efectivo, la distribución de oferta de servicios, la oferta de prestadores y servicios de salud y la suficiencia en materia de personal profesional y equipamiento médico. Además, está asociada a categorías socioeconómicas y socioculturales relacionadas con el desarrollo de hábitos de autocuidado que pueden afectar la salud de las personas.

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

En este núcleo se abordan 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 tres (3) categorías que dan cuenta de la gobernanza y gobernabilidad en los distintos niveles de gestión pública: 1) Gobernabilidad en cuanto a la estructura de la autoridad sanitaria, sistemas de información y confianza institucional; 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, y la confianza institucional (69). De acuerdo con los reportes realizados al SIVIGILA, la morbilidad materna extrema tuvo un incremento en el número de casos notificados del 2,9% durante 2023, en contraste con 2019; situación similar ocurrió con las violencias cuyo incremento fue del 42,2% durante 2023.

En este núcleo se aborda la problemática relacionada a “Las desigualdades de género, la autonomía económica limitada y las barreras en educación y empleo afectan la salud materna y la seguridad de las mujeres en la localidad. La ausencia de redes de apoyo limita el acceso a recursos esenciales y oportunidades, pese a la predominancia de estratos medios, la dependencia económica, las dificultades en el acceso a salud y protección agravan esta situación, como resultado han aumentado los indicadores de morbilidad materna y violencia contra la mujer, perpetuando la desigualdad y vulnerabilidad, especialmente en las UPZ 40 y 43.” Esta problemática se comprende desde la categoría de Acceso efectivo debido a los determinantes asociados al género que, al dificultar la alfabetización en salud, pueden convertirse en barreras al momento de acceder a los servicios y ofertas del sector.

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

Finalmente, para este núcleo de inequidad se 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. (69) . De acuerdo con los reportes realizados al SIVIGILA, la tuberculosis tuvo un incremento en el número de casos notificados del 17,2% durante 2023, en contraste con 2019; situación similar ocurrió con la Hepatitis B

cuyo incremento fue del 76,2% durante 2023, frente a 2019 y aumento del 75% para Hepatitis A, durante el mismo periodo.

La problemática asociada a este núcleo es “Las condiciones económicas precarias son uno de los determinantes que posee una incidencia directa mayor en el estado de salud, factores como la precarización laboral, el hacinamiento, las deficientes condiciones estructurales de las viviendas, provocan ambientes poco saludables para la población. Adicional a lo anterior, la ausencia de educación en higiene personal favorece la incidencia de enfermedades como la Tuberculosis, la Hepatitis A y B. Por lo anterior, se identifican prácticas insalubres en la localidad de Puente Aranda, las cuales pueden incidir negativamente en la salud, resultando en posibles daños pulmonares, problemas psicológicos, factores adicionales de riesgo para otras enfermedades como el cáncer, entre otras.” Y “El manejo inadecuado de residuos sólidos, la exposición a químicos y contaminantes contribuyen al deterioro de la calidad del aire.

De esta forma existen deficiencias en materia de educación ambiental, la cual incide en la mala gestión de desechos industriales; especialmente en las UPZ 108 y 111, debido a su cercanía a lugares de arrojo clandestino. Esto puede resultar en el aumento de diversas afecciones como intoxicaciones por consumo de sustancias químicas, infecciones respiratorias relacionadas con el contacto con vectores transmisores de enfermedades, los cuales repercuten negativamente en la salud de las personas que habitan o transitan estas zonas.”; estas se analizan desde la categoría de inequidad poblacional, debido a la existencia de factores socioculturales que no promueven el desarrollo de prácticas de autocuidado, por lo anterior, se deben desarrollar medidas preventivas mediante la coordinación entre actores, tanto sectoriales como intersectoriales.

3.6 Reflexiones Finales

Ya para concluir, en la localidad de Puente Aranda, a pesar de la tendencia decreciente en las atenciones, urgencias y consultas que la localidad ha presentado de forma general, la presencia de aumentos en problemáticas relacionadas con inequidades y desigualdades sociales, como lo son las violencias basadas en género, desnutrición infantil y las consultas relacionadas con la salud mental de las mujeres, pueden implicar que aún existen varios factores de vulnerabilidad que afectan principalmente a estas poblaciones, asociadas no solo a las desigualdades de género, sino a las inequidades económicas que dificultan la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas de estos grupos poblacionales.

Por otro lado, las problemáticas ambientales existentes, relacionadas con el manejo inadecuado de residuos sólidos y la tenencia inadecuada de animales, pueden aumentar la prevalencia de morbi-mortalidad por causas externas, afectando principalmente a las poblaciones más vulnerables, como lo son la población primera infancia, población adulto mayor y las mujeres.

Las situaciones anteriormente descritas pueden agravarse teniendo en cuenta que pueden existir limitaciones por parte de las distintas instituciones al momento de garantizar el acceso a derechos relacionados con la atención en salud, la limpieza o higiene de la localidad, la participación ciudadana y la promoción en materia de prevención, alerta y respuesta ante emergencias, especialmente teniendo en cuenta los distintos determinantes estructurales relacionados con la condición socioeconómica que pueden poner en un riesgo mayor a ciertas poblaciones al acceso a servicios y oportunidades, como lo son las Personas en Situación de Habitación de Calle, las mujeres o las personas de la tercera edad, las cuales podrían experimentar mayores barreras de acceso relacionadas no solo con el desconocimiento de sus derechos y oportunidades, sino con la escasa participación en las actividades designadas para identificar problemáticas y posibles soluciones.

CAPÍTULO IV. ANALISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMATICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO

En Puente Aranda, ante la presencia de las distintas problemáticas anteriormente expuestas, relacionadas con el desarrollo de los núcleos para la priorización de necesidades en salud, han surgido a su vez preguntas y respuestas por parte de los distintos actores involucrados con la pretensión de ser abordadas y en lo posible brindarles respuesta. Dicho así, teniendo en cuenta el carácter social y estructural de estas, es posible que una solución única no sea satisfactoria. Cabe resaltar que el objetivo común es la reducción de estas problemáticas.

Por tal motivo es importante considerar el papel que los Determinantes Sociales tienen al momento de planificar y ejecutar las políticas públicas diseñadas, y el tipo de política pública que se considera más acorde a las problemáticas existentes.

Las políticas públicas pueden catalogarse en Top-Down y Bottom-Up, considerando las primeras cuando involucran la participación de un solo actor, ya sea el estado o sus entidades, las cuales definen la problemática y la forma de abordarla, asignando presupuestos, actividades específicas, resultados esperados y objetivos planteados, calificándola posteriormente como exitosa o como un fracaso con base a estos últimos.

Por otro lado, las políticas Bottom-Up, son aquellas que buscan incidir en la reducción de indicadores, en la mejora de las condiciones de vida de una población, y en cambios comportamentales, teniendo en cuenta las problemáticas y retroalimentación de la población objetivo, considerando el éxito de la política a partir de la participación de los actores sociales involucrados, quienes pueden establecer metas, demostrar potencialidades, posibles limitaciones, metodologías relevantes y resultados.

Por lo anterior, es posible que la aproximación más adecuada para la formulación de políticas públicas que atiendan las necesidades sociales, ambientales, los contextos y condiciones estructurales, sea una aproximación de política pública de corte *Bottom-Up*. (72)

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

Frente a las respuestas ante estas problemáticas, relacionadas con la ausencia de hábitos de vida saludables, prácticas insalubres, el aumento de las barreras de acceso a los servicios de salud y ausencia de redes de apoyo en mujeres, se identifican algunos actores intersectoriales como la Secretaría Distrital de Integración Social -SDIS-, la cual se encarga de la promoción y protección de los derechos de las personas más vulnerables de la localidad, y ha adelantado coordinaciones con tiendas Ara en la localidad para favorecer la alimentación saludable, ofrecer orientaciones nutricionales y realizar tamizajes nutricionales para beneficiar a la población menor de edad en situación de vulnerabilidad y ha realizado actividades de ollas comunitarias en esta, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, el cual se encarga del restablecimiento de los derechos de los niños, y en la localidad, mediante los centros zonales atiende las necesidades de la población e inicia los debidos procesos para la protección y restitución de sus derechos y Secretaría De Salud-SDS-, Secretaría De la Mujer-SDM-, Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia-SDSCJ-, la cual a partir de las casas de justicia de la localidad permite ofrecer orientación legal e iniciar procesos jurídicos que permitan la protección y el restablecimiento de los derechos de los niños y sus cuidadores, la Subred Suroccidente, la Secretaría de Desarrollo Económico-SDDE-, la cual en la localidad ha realizado actividades de promoción de mercados campesinos para promover un acceso de

alternativas alimentarias asequibles y saludables, el Jardín Botánico de Bogotá busca promover las prácticas agroecológicas y el cuidado del medio ambiente en la localidad, razón por la cual ha apoyado la consolidación de la red de agricultoras y agricultores urbanos de la localidad, la cual permite fortalecer la soberanía alimentaria de la localidad y promover el acceso a la alimentación sana en esta, especialmente de las poblaciones más vulnerables.

Los Comités de Seguridad Alimentaria se encargan del seguimiento y desarrollo de la política de seguridad alimentaria en esta, y han adelantado actividades de promoción de hábitos de vida saludables en la localidad, el IPES-Instituto Para la Economía Social-, el cual brinda apoyo a las personas que ejercen actividades económicas informales en la localidad, y han adelantado mesas técnicas de apoyo y sensibilización con vendedores informales para garantizar estándares de calidad en los productos y la promoción de escuelas deportivas y grupos de actividades física. La Secretaría de Educación Distrital-SED- busca garantizar la protección del derecho de educación de la población infantil en la localidad y han adelantado actividades de promoción de los servicios educativos disponibles, el apoyo al acceso de rutas escolares, apoyos alimenticios y también han promovido la seguridad de esta población con el acompañamiento de la Policía Nacional en los alrededores de las instituciones educativas, el Instituto Distrital de Recreación y Deporte-IDRD-, buscando promover hábitos saludables y deportivos en la localidad, ha adelantado actividades como vacaciones recreativas y actividades deportivas enfocadas en la población infantil y menor de edad. La Secretaría de Ambiente se encarga de promover y regular la sostenibilidad ambiental de la localidad, formulando y ejecutando la respectiva política ambiental, en la localidad, por medio de las ferias móviles de servicios ha realizado actividades de promoción de servicios relacionados con la oferta de servicios ambientales, verificación de requisitos y solicitudes de permisos que permitan el desarrollo de actividades económicas que tienen impacto ambiental, la Personería Local se encarga de la revisión y verificación del cumplimiento de los acuerdos distritales, leyes y procesos jurídicos de la localidad, la Patrulla Púrpura de la Policía Nacional busca atender y priorizar los casos relacionados con situaciones de violencia contra la mujer en la localidad.

Los anteriores actores, en articulación con la Alcaldía Local han desarrollado jornadas de sensibilización, revisión de los casos y acciones intersectoriales con la participación de la comunidad, que promuevan la alimentación saludable desde los comités de seguridad y alimentación nutricional, en los cuales desde el sector salud, se han realizado 12 jornadas de promoción de hábitos de vida saludables, además de promover hábitos adicionalmente de vigilancia y cuidado en la comunidad, también se ha realizado la promoción del acceso a servicios de salud y la captación de la población gestante. Entre estas iniciativas puede destacarse la iniciativa Puente Aranda Activa para el desarrollo de actividades físicas y actividades culturales, localizado en la UPZ 111 Puente Aranda.

Dentro de la respuesta social, se destaca la conformación de mesas agroecológicas en el ecoparque urbano Ciudad Montes, en el cual se desarrollan siembras de agricultura urbana, cultivos ancestrales y sostenibles con la participación tanto de la población local como la población diferencial. Esta iniciativa tiene el objetivo de potenciar la efectividad, productividad, autonomía y eficiencia de la actividad agrícola urbana de la localidad de Puente Aranda. Adicionalmente se destaca la apropiación comunitaria en la promoción de la lactancia materna por medio de asociaciones y actividades artísticas en donde se resalta la coordinación de actividades con el colectivo Tetarte, resaltando el desarrollo de un espacio en el Parque Ciudad Montes en 2024, en dichas actividades también se promueven los procesos de reactivación económica de las madres de la localidad. Adicionalmente se puede destacar también la iniciativa Amigas Por Puente Aranda, la cual, por medio de la Sala Amiga por la Familia Lactante, se busca promover la lactancia materna resaltando sus beneficios y construir espacios laborales favorables a esta, adicionalmente la promoción de las salas amigas de la familia lactante en los jardines infantiles, por medio de estas salas, en estos espacios se promueve la lactancia materna, la correcta extracción, preservación y

manejo de esta no solo para dar una correcta nutrición al infante sino promover un mejor vínculo entre la madre y el hijo.

Adicionalmente también se señala la existencia de iniciativas para personas adulto mayor relacionadas con la promoción de hábitos de vida saludables y buenas prácticas como las jornadas deportivas enfocadas en las personas adulto mayor o la casa de la sabiduría Monseñor Romero, ubicada en la Calle 27B sur #37-06, en la cual se les da apoyo alimentario, orientación psicosocial, y se realizan actividades físicas y recreativas para esta población.

Sectorialmente, los principales alcances para las problemáticas de este núcleo han consistido en la realización de jornadas y acompañamientos a los escenarios de participación, de las cuales se destacan 3 jornadas de sensibilización y apoyo a la alimentación saludable llevadas a cabo en la localidad, además de actividades de cooperación con otras instituciones para mejorar la calidad del servicio y del agua, también se han establecido actividades de vigilancia en menores con problemas nutricionales, y se realiza la respectiva articulación para la captación del caso con otras instituciones de ser necesario, se han realizado también jornadas y acciones preventivas para aumentar la concientización en el marco de las enfermedades crónicas en el marco de la política de vejez. Para las mujeres y personas cuidadoras, se han realizado esfuerzos en la educación sobre las ofertas disponibles como los centros de escucha, y se ha hecho el debido cumplimiento en el marco de responsabilidad de la política de mujer y equidad de género. Adicionalmente se han realizado capacitaciones y jornadas en fortalecimiento en el enfoque de género, lenguaje, trato inclusivo y 3 jornadas de sensibilización contra la violencia de género.

En este ámbito también se han identificado limitaciones relacionadas con la ausencia de talento humano, recursos económicos, barreras existentes en el acceso a servicios de salud y capacidades de respuesta, para la población migrante no regularizada, también se identifican limitaciones en las canalizaciones.

Intersectorialmente, entre los principales alcances se pueden resaltar el enfoque en la respuesta para la población menor de edad, dependiendo de su principal necesidad, además de su inclusión y apoyo en otros programas como los educativos, por parte del IDRD, este realiza acompañamientos y actividades de promoción en hábitos de vida saludables para la población adulto mayor, haciendo uso de los Fondos de Inversión Local que la alcaldía dispone para la localidad, estos fondos se destinan también para otros aspectos de la salud como lo son la salud mental, consumo de estupefacientes, educación sobre derechos sexuales y reproductivos. También se han realizado jornadas territoriales intersectoriales en educación sobre hábitos de vida saludables, se ha hecho cumplimiento de las responsabilidades intersectoriales en el marco de la política de mujer y equidad de género desde la secretaría de la mujer. Las principales limitaciones identificadas están relacionadas con las interrupciones o retrasos en los procesos debido al tipo de vínculo laboral que se establece con el profesional contratado, la existencia de criterios existentes en torno a la oferta social, lo cual puede limitar el acceso de población que puede estar afectada por la problemática, como sucede en el caso de la pobreza oculta, existen limitaciones para la población migrante. Adicionalmente existen otros vacíos en temas educativos acerca de seguridad y soberanía alimentaria, y también retrasos en la contratación, lo cual retrasa y dificulta la operación de ofertas como en el caso de los jardines infantiles. Existen también diferencias intersectoriales acerca del significado del enfoque de género o de la desigualdad estructural, lo cual limita el alcance de las acciones de los distintos sectores o departamentos.

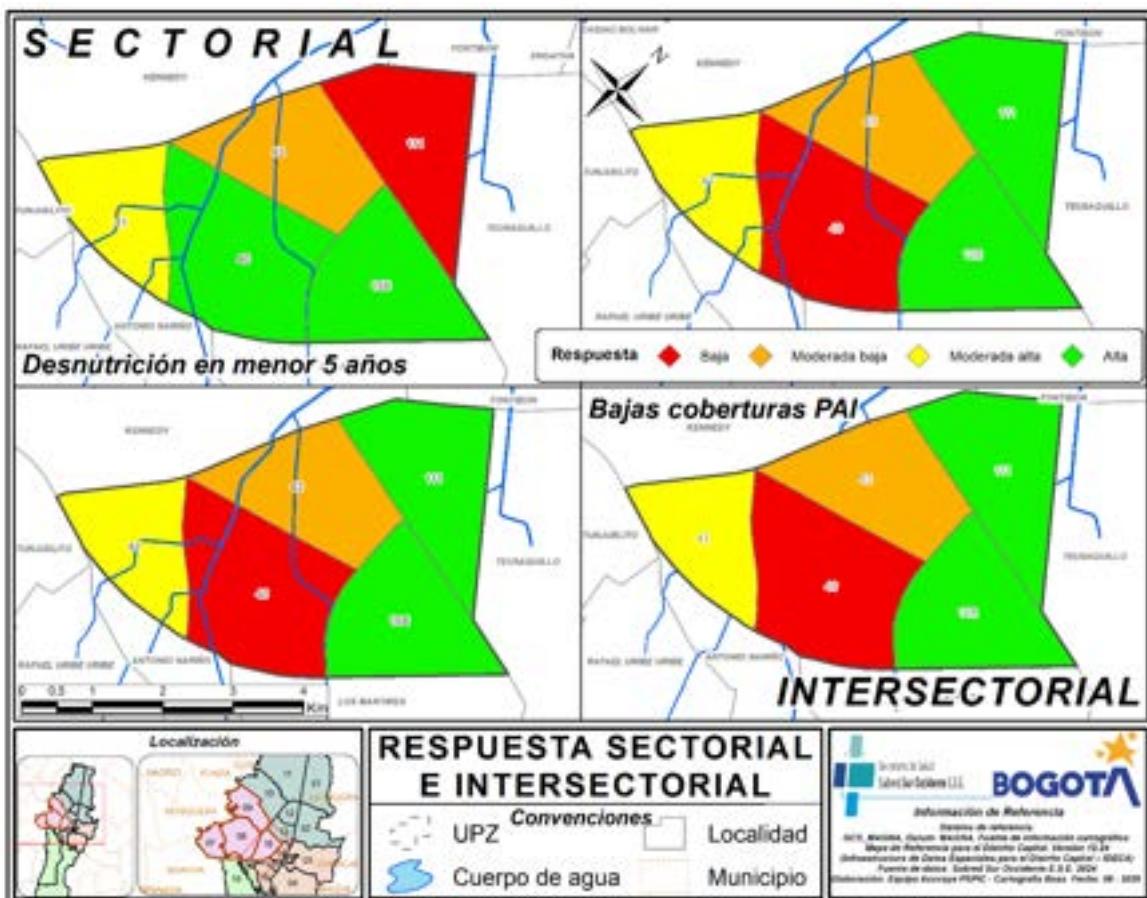
Comunitariamente, los principales alcances han consistido en el uso de las ofertas de asistencia y soporte nutricional profesional, el cual no solo ha sido utilizado por la población menor de edad, también por los padres o cuidadores de estos, sin embargo las principales limitaciones están relacionadas con la persistencia de situaciones de pobreza oculta en la localidad, y el uso de estos servicios de apoyo en

alimentación como sustituciones totales a la alimentación de los niños, los problemas asociados con los largos tiempos de espera inciden también negativamente en el uso de servicios o la persistencia en los procesos, esta situación es agravada por la desconfianza que algunos sectores poblacionales tienen acerca de las instituciones y su efectividad, particularmente en aquellas asociadas a la violencia o desigualdades de género.

La respuesta adelantada en el distrito para la reducción de la mortalidad en menores de 5 años, mortalidad materna y de la población mayor de 65 años, se ha basado en la realización de jornadas de prevención y promoción de la nutrición, sensibilización en salud ha sido insuficiente, debido a la presencia de necesidades básicas insatisfechas, el aumento de reportes de casos de salud infantil en esta población, violencias de género, además del descenso en coberturas de vacunación. Esta respuesta se ve reflejada en 2 frentes: uno el sectorial desde la Empresa Social del Estado -E.S.E.- que tiene la responsabilidad de salud para la localidad, representada en este caso por la Subred Sur Occidente E.S.E. a través de su accionar desde la dirección de gestión del riesgo y dos desde lo intersectorial por parte de las entidades distritales que no son del sector salud y que en su accionar reducen esta mortalidad. (ver Mapa 18)

La respuesta dada para el evento de desnutrición aguada en menores de 5 años desde lo sectorial presenta una baja respuesta en la UPZ 111, debido principalmente a que en la UPZ reside una pequeña población, no hay una sede en la UPZ y el resto de la UPZ el uso es diferente al residencial; seguido a esta UPZ está la UPZ 43, destacando que la gran cantidad de población que reside en ella dificulta la respuesta. Desde lo intersectorial la respuesta es moderada baja en la UPZ 43, con la misma característica de dificultades para dar respuesta y baja en la UPZ 40 en donde una proporción alta de población es contributiva y que existe poca oferta de servicios (ver Mapa 18). Para este evento el accionar de los EBEH en las UPZ 40 y 108 es alta lo cual va en sinergia en la UPZ 108 con la respuesta intersectorial de los jardines públicos y privados en la verificación de la adherencia de las personas cuidadoras de las niñas y niños de primera infancia a al programa de crecimiento y desarrollo; sin embargo, en la UPZ 111 el panorama es diferente para el accionar de los EBEH dado que la poca población residente en esta UPZ presenta una dificultad de accesibilidad a un centro de salud cercano dado que no existe ninguno ubicado en esta misma.

Mapa 18. Respuesta Sectorial e Intersectorial de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024

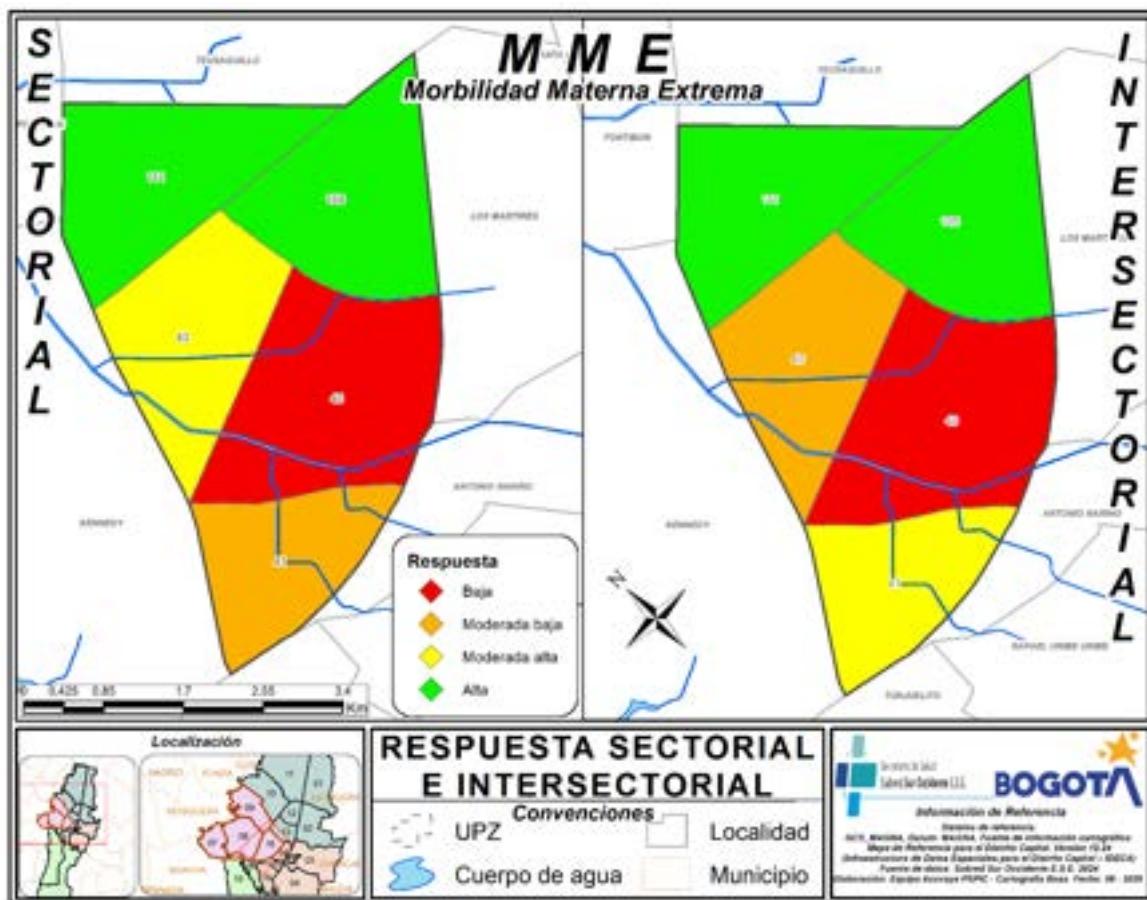


Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024 – Subred Sur Occidente E.S.E. 2024. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

La respuesta dada para el evento de Bajas coberturas PAI desde lo sectorial e intersectorial presenta la misma baja respuesta en la UPZ 40 y moderada baja en la UPZ 43, la primera debido a la proporción alta de población es contributiva y que existe poca oferta de servicios y la segunda a la gran cantidad de población que reside en ella lo cual dificulta la respuesta (ver Mapa 18). Para este evento el accionar de PAI, de los EBEH y de las diferentes jornadas del PIC en donde intervine PAI se ven de manera efectiva en las UPZ 108 y 111 las cuales fueron priorizadas por la administración a pesar de su baja población dejando UPZ como la 40 y 43 en donde hay mayor población con baja cobertura en la priorización.

La respuesta dada para el evento de MME desde lo sectorial e intersectorial presenta una baja respuesta en la UPZ 40, en donde en la mayoría de la población es contributiva y existe poca oferta de servicios, lo cual en conjunto dificulta la respuesta (ver Mapa 19). Para este evento al igual que el anterior, la priorización por parte de la administración central dificultó el accionar en las UPZ donde hay mayor concentración poblacional.

Mapa 19. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la MME de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024 – Subred Sur Occidente E.S.E. 2024. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

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

En cuanto a la respuesta para las problemáticas de este núcleo, las cuales son la existencia de deficiencias en materia de educación ambiental, el aumento de barreras en el acceso a la oferta de servicios de salud y la ausencia de hábitos de vida saludables, se destaca la actuación de la Secretaría De Salud, la cual ha realizado jornadas de sensibilización, autocuidado, promoción de acceso y servicios, pruebas rápidas, revisión de puntos críticos y jornadas de seguimiento de la condición de salud de la población. También se destaca que el sector salud han realizado actividades de promoción en hábitos de vida saludables y vigilancia desde los Comités de Seguridad y alimentación nutricional, a partir de los cuales se han realizado 3 jornadas de sensibilización y apoyo a la alimentación saludable y 12 vigilancias y asistencias de acuerdos intersectoriales y 3 jornadas de sensibilización y apoyo a la alimentación saludable llevadas a cabo en la localidad. Otros actores que intervienen en estas problemáticas son la Secretaría De Integración Social-SDIS- la cual se encarga de la promoción y protección de los derechos de las personas más vulnerables de la localidad, y ha adelantado coordinaciones con tiendas Ara en la localidad para favorecer la alimentación

saludable, ofrecer orientaciones nutricionales y realizar tamizajes nutricionales para beneficiar a la población menor de edad en situación de vulnerabilidad y ha realizado actividades de ollas comunitarias en esta.

El Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud-IDIPRON- se encarga de la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, buscando adicionalmente promover el desarrollo de competencias educativas y laborales en estos. En la localidad ha adelantado jornadas de apoyo al acceso a la educación superior y de protección, acceso a oferta educativa, formación y construcción de proyectos de vida con jóvenes en condición de habitabilidad en calle para apoyar procesos de desarrollo personal, la alcaldía local ha adelantado jornadas de recolección de residuos en la localidad, y, de la mano con el Jardín Botánico de Bogotá ha dado apoyo a la consolidación de la red de agricultoras y agricultores urbanos de la localidad, la cual permite fortalecer la soberanía alimentaria de la localidad y promover el acceso a la alimentación sana en esta, especialmente de las poblaciones más vulnerables, el ICBF, se encarga del restablecimiento de los derechos de los niños, y en la localidad, mediante los centros zonales atiende las necesidades de la población e inicia los debidos procesos para la protección y restitución de sus derechos, el acueducto ha adelantado actividades de revisión y reparos de daños a conexiones y tuberías de la localidad, la Secretaría De Ambiente ha adelantado jornadas educativas de concientización ambiental en los colegios de la localidad, y de recolección de residuos en las cuales se han recolectado más de 49 toneladas de materiales, la Subred Suroccidente ha adelantado jornadas de vacunación y sensibilización ambiental en la localidad las asociaciones de recolectores buscan el aprovechamiento de material reciclabl e de la localidad y ofrece servicios de recolección de material en la localidad, la Secretaría de Desarrollo Económico, ha adelantado actividades de promoción de mercados campesinos para promover un acceso de alternativas alimentarias asequibles y saludables, las juntas de acción comunal han establecido canales de comunicación directa con la alcaldía local para disminuir tiempos de respuesta ante denuncias de alertas ambientales o puntos de acumulación de residuos, la Policía Nacional ha realizado un acompañamiento a las acciones de inspección, vigilancia y control de residuos en la localidad, adelantando también acciones de inspección de documentación y seguimiento de procesos de cumplimiento de requisitos y trámites por parte de los negocios locales, los comités de seguridad alimentaria apoyan en seguimiento y desarrollo de la política de seguridad alimentaria en esta, y han adelantado actividades de promoción de hábitos de vida saludables en la localidad, el Instituto Para la Economía Social-IPES- brinda apoyo a las personas que ejercen actividades económicas informales en la localidad, y han adelantado mesas técnicas de apoyo y sensibilización con vendedores informales para garantizar estándares de calidad en los productos, la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos-UAEPS- ha desarrollado actividades de recolección de residuos como escombros, construcción y demolición a través de jornadas de eco puntos en la localidad, el Sistema Establecido para la Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de los Trabajadores del sector Informal-SIVISTRA- provee información acerca del estado de salud y condiciones de trabajo de la población que ejerce actividades económicas informales en la localidad, las mesas de comerciantes han desarrollado actividades de fortalecimiento de seguridad en la localidad, de la mano con la policía nacional y de apoyo a comercios locales por medio del uso de tecnologías digitales, las asociaciones de recicladores promueven los servicios de reciclaje, la correcta separación de residuos y rutas de reciclaje y los centros de escucha los cuales realizan actividades de promoción de la salud mental en la localidad.

Dentro de este ejercicio, se resaltan las iniciativas comunitarias para la problemática consistentes en la conformación de huertas comunitarias y mesas agroecológicas, Por otro lado, se destaca la realización intersectorial de espacios de unidades operativas de integración, inspección de puntos críticos de arrojo de basuras, jornadas educativas en materia de seguridad alimentaria y hábitos de vida saludables realizados en fechas como el 8 de Marzo con las mujeres de la localidad, manejo de residuos y puntos de ruta para la revisión de casos existentes. Esta iniciativa comunitaria de huertas comunitarias ubicada en el

ecoparque urbano ciudad montes promueve la agricultura urbana sostenible, los cultivos y el uso de semillas ancestrales, además de la participación de la población local y diferencial con el objetivo de potenciar la autonomía y efectividad de la actividad agrícola urbana de la localidad de Puente Aranda.

Sin embargo, el aumento de número de casos para estas enfermedades y en la concentración de puntos, sugieren que existen limitaciones relacionadas con la acumulación de residuos, presencia de desechos humanos en la cercanía de viviendas las cuales dificultan la creación de condiciones de vida y habitabilidad que pueden ser factores clave al momento de abordar esta problemática.

Respecto a los Eventos No Transmisibles, para su respuesta se destacan actores como la Secretaría de salud, la cual, han llevado a cabo jornadas de salud para promover el acceso a servicios, intersectorialmente se han llevado a cabo iniciativas comunitarias, se destaca la existencia de iniciativas en el barrio El Jazmín, en su parque polideportivo, en el cual en coordinación con la alcaldía local de Puente Aranda se desarrollan actividades que promueven el desarrollo de capacidades artísticas, actividades deportivas y emprendimientos locales para beneficiar a la población local.

Sectorialmente, los principales alcances para las problemáticas de este núcleo han consistido en la realización de jornadas y acompañamientos a los escenarios de participación, además de actividades de cooperación con otras instituciones para mejorar la calidad del servicio y del agua, también se han establecido actividades de vigilancia en menores con problemas nutricionales, y se realiza la respectiva articulación para la captación del caso con otras instituciones de ser necesario, se han realizado también jornadas y acciones preventivas para aumentar la concientización en el marco de las enfermedades crónicas en el marco de la política de vejez. Adicionalmente se ha mejorado el acceso a la toma de pruebas y realizado actividades de promoción en hábitos de vida saludables en el marco de la política de familia, seguridad alimentaria y nutricional. En el marco de la política de envejecimiento, adultez, infancia y adolescencia se han realizado intervenciones para el fortalecimiento institucional y en materia de prevención de condiciones crónicas no transmisibles. Las principales limitaciones en el ámbito sectorial se relacionan con la ausencia de talento humano, limitantes existentes en el tipo de contrato y vínculo laboral, ausencia de recursos presupuestales, existen limitaciones en las canalizaciones relacionadas con la ausencia de ciertos requisitos en materia de documentación para poblaciones como los migrantes irregulares, lo cual limita el acceso a ofertas y resultados de pruebas.

Intersectorialmente, entre los principales alcances se pueden resaltar el enfoque en la respuesta para la población menor de edad, dependiendo de su principal necesidad, realizando articulaciones y se facilita el acceso a comedores, bonos jardines, etc...., también se resalta la respuesta y articulación intersectorial en los derechos de petición, por parte del IDRD-Instituto Distrital de Recreación y Deporte-, este realiza acompañamientos y actividades de promoción en hábitos de vida saludables para la población adulto mayor, haciendo uso de los Fondos de Inversión Local que la alcaldía dispone para la localidad, estos fondos se destinan también para otros aspectos de la salud como lo son la salud mental, consumo de estupefacientes, educación sobre derechos sexuales y reproductivos. También se han realizado jornadas territoriales intersectoriales en educación sobre hábitos de vida saludables, se ha hecho cumplimiento de las responsabilidades intersectoriales en el marco de la política de mujer y equidad de género desde la secretaría de la mujer.

Las principales limitaciones identificadas están relacionadas con la ausencia de comprensiones territoriales que permitan dar una respuesta efectiva a la problemática en el territorio, barreras en el acceso a servicios de salud, especialmente para la población migrante irregular, la existencia de criterios específicos y rigurosos existentes en el ámbito de la oferta social que limita su acceso a la población potencialmente beneficiaria, como aquella que está en situación de pobreza oculta, también existen

limitantes para la población migrante y deficiencias en materia de educación sobre seguridad y soberanía alimentaria. Las limitaciones en materia de contratación por parte de ciertos actores como el ICBF limitan la operación de su oferta, también el tipo de contrato y vínculo laboral limita la perpetuidad de los procesos o su estabilidad en el tiempo, provocando interrupciones en estos.

Comunitariamente, los principales alcances han consistido en la participación activa en el desarrollo de jornadas de sensibilización y/o pedagógicas sobre el manejo de residuos, el acceso a la oferta del sector tanto por la población infantil como sus padres o adultos responsables, particularmente los servicios en nutrición, se destaca también la participación de grupos de reciclaje, los cuales hacen también uso de los distintos programas o servicios existentes. Las limitaciones existentes se centran en el desconocimiento de los canales de información y divulgación de ofertas, ausencia de educación acerca del manejo de residuos, hechos de estigmatización por parte de la comunidad contra los habitantes de calle y/o recicladores, el uso de la oferta de servicios de alimentación y nutrición para los menores por parte de los padres como un reemplazo completo a la alimentación, la existencia de pobreza oculta en la localidad, situaciones de pobreza y abandono en el adulto mayor, retrasos relacionados con los altos tiempos de atención en los distintos servicios distritales y de salud, la ausencia y deficiencia en materia de jornadas educativas en temáticas de salud sexual y reproductiva.

Dentro de las limitaciones identificadas en el desarrollo de las acciones, se da cuenta que la principal respuesta frente a la problemática ha estado basada en la prevención, no obstante, existen limitaciones frente a su efectividad, debido al aumento de casos tanto de enfermedades transmisibles como no transmisibles.

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

En cuanto a la respuesta para la problemática de este núcleo, asociada a la ausencia de redes de apoyo en mujeres, se destaca por parte del distrito la realización de acciones de fortalecimiento institucional, jornadas de salud y activación de rutas de violencias, adicionalmente, también se han realizado acciones de captación temprana de gestantes, intersectorialmente, mediante la coordinación con el ICBF-Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- el cual se encarga del restablecimiento de los derechos de los niños, y en la localidad, mediante los centros zonales atiende las necesidades de la población e inicia los debidos procesos para la protección y restitución de sus derechos, la Secretaría De Integración Social-SDIS-,la cual se encarga de la promoción y protección de los derechos de las personas más vulnerables de la localidad, y ha adelantado coordinaciones con tiendas Ara en la localidad para favorecer la alimentación saludable, ofrecer orientaciones nutricionales y realizar tamizajes nutricionales para beneficiar a la población menor de edad en situación de vulnerabilidad y ha realizado actividades de ollas comunitarias en esta, la Secretaría de Salud, Secretaría de la Mujer, la Secretaría De Seguridad, Convivencia y Justicia junto a la Alcaldía Local, la cual a partir de las casas de justicia de la localidad permite ofrecer orientación legal e iniciar procesos jurídicos que permitan la protección y el restablecimiento de los derechos de los niños y sus cuidadores, la personería local se encarga de la revisión y verificación del cumplimiento de los acuerdos distritales, leyes y procesos jurídicos de la localidad y las Patrullas púrpura de la Policía Nacional, por medio de la cual se busca atender y priorizar los casos relacionados con situaciones de violencia contra la mujer en la localidad se han adelantado acciones conjuntas interinstitucionales de jornadas e instancias con la participación de la comunidad local.

Dentro de la respuesta social, se destaca la existencia de la asociación de mujeres Amigas Por Puente Aranda, la cual, por medio de la Sala Amiga por la Familia Lactante, se busca promover la lactancia materna resaltando sus beneficios y construir espacios laborales favorables a esta, adicionalmente la promoción de

las salas amigas de la familia lactante en los jardines infantiles, por medio de estas salas, en estos espacios se promueve la lactancia materna, la correcta extracción, preservación y manejo de esta no solo para dar una correcta nutrición al infante sino promover un mejor vínculo entre la madre y el hijo.

Por último, la respuesta adelantada por el distrito para esta problemática ha estado basada en la realización de acciones interinstitucionales para facilitar el reporte de eventos y creación de espacios seguros de cuidado, no obstante, el mismo logro de favorecer el reporte de morbilidad y violencias, muestra también que aún existen limitaciones relacionadas con la disminución de estos hechos.

Gobernabilidad

Entendiendo la gobernabilidad como la capacidad de un gobierno o líder para atender las demandas de la sociedad de manera eficaz, legítima y estable, así como la relación entre los gobernantes y los gobernados, a partir de los documentos consultados, se puede observar de manera distrital, y basados en el documento de ACCVSYE PHA, la falta de sensibilización en derechos en salud, así como en derechos sexuales y reproductivos por parte de las instituciones que brindan atenciones a esta población, resaltando además que las entidades no tienen contacto directo con los delegados de la política pública, aun cuando se asisten a los comités técnicos. El estudio además permitió identificar que no hay complementariedad en las articulaciones entre las diferentes entidades del distrito y a nivel local, esto genera una fragmentación de la oferta de servicios que dificulta el acceso de las personas habitantes de calle a la atención integral que necesitan, toda vez que la concentración de la oferta de servicios se encuentra en las localidades de Los Mártires, Santa Fe y Puente Aranda.

A nivel Subred, tomando como referencia el documento de violencia de género, se evidencia la implementación de estrategias o sistemas de información en donde el usuario o los funcionarios pueden denunciar un tipo de violencia, se cuenta con diferentes áreas para brindar respuesta y seguimiento a las situaciones de VBG manifestadas por medio de las PQRS, dentro de estas se encuentra el proceso de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano; no obstante, estos presentan fallas en el momento de la identificación del caso, tiempos de respuesta a satisfacción del usuario, y en cuanto a los funcionarios violentados, el protocolo y la ruta institucional para denunciar los casos al interior de la Subred no se encuentra de forma abierta, resultando contradictorio desde la perspectiva del sector salud. Así mismo, la falta de servicios o protocolos de acuerdo a la identidad de género, perpetua la violencia por negligencia.

Desde la perspectiva de la población diferencial, los estudios permitieron establecer falencias en el sistema de salud, por la falta de diálogos entre saberes y culturas (médicos ancestrales y culturales), el respeto desde las instituciones prestadoras de servicios en salud con las tradiciones de las diferentes poblaciones, como el acompañamiento permanente de alguien de su comunidad en el marco de la consulta médica, términos y trato respetuoso.

A nivel local, en el marco de la articulación del sector salud, este se presentó en el marco de las mesas de direccionamiento estratégico y en las mesas técnicas de las políticas públicas en donde se construyen las acciones conjuntas de acuerdo a las necesidades del territorio, evidenciándose principalmente relaciones de cooperación en la medida que los otros actores se alían con el sector salud, que, si bien son acciones coordinadas, no son complementarias, lo que podría generar un mayor impacto al concentrar objetivos. Lo anterior se lograría, si los procesos se concertaran entre las instituciones, ampliando equipos operativos, puesto que algunos de estos equipos tienen su radio de acción en algunas ocasiones en toda la subred o en dos localidades, limitando la respuesta o la atención a la población que lo requiere. Un ejemplo de lo anterior, lo aporta la localidad de Puente Aranda, toda vez que en la mesa técnica surgen ajustes a las acciones conjuntas, como lo es el caso de modificar la estrategia de relevo a cuidadores de

manera que no solo se brinde el servicio de cuidado de la persona con discapacidad, sino que, además, se puedan brindar espacios de formación en habilidades productivas para la población con discapacidad.

Otra estrategia para la gobernabilidad en el territorio es a través de las canalizaciones, el equipo de políticas ha logrado transversalizar la activación de rutas y canalizaciones mediante la coordinación intersectorial. A través de una colaboración estratégica entre diferentes entidades de salud como la Subred Sur Occidente y las EPS, el equipo garantiza que las rutas de atención se activen de manera oportuna; no obstante, la falta de articulación entre las diferentes entidades responsables de su implementación, la ausencia de un marco normativo claro y unificado y la falta de recursos y capacidad institucional, limita la implementación de los diferentes programas implementados en una vigencia u otra.

Otro actor importante en el ámbito de la gobernabilidad es la comunidad, que pasa de ser gobernada a la participación activa y toma de decisiones, por lo que, a las mesas técnicas locales, asisten líderes comunitarios con el fin de visibilizar las problemáticas del territorio, contribuyendo además en la pertinencia de las acciones o estrategias destinadas a resolver o prevenir una situación en la comunidad de manera coherente y eficaz.

Gobernanza

De acuerdo al Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031, la Gobernanza es una forma organizativa del ejercicio del poder y procesos de acción conjunta en la que los representantes gubernamentales, y los demás actores sociales, políticos y económicos, se reconocen, relacionan, articulan y operan en contextos diversos para adelantar una acción colaborativa de interés público orientada al mejor nivel de salud posible. Es por esto que la gobernanza tiene que ver con las macro decisiones estratégicas de la salud pública y su implementación efectiva, por lo que se relaciona tanto con los procesos de decisión- acción, como con las estructuras organizativas existentes en cada territorio, el conjunto de políticas públicas y su armonización, la toma de decisiones compartida, participativa, legítima y transparente, y con las reglas de interacción basadas en el interés común, el marco normativo, la regulación de las relaciones entre actores, la diversidad de contextos, la participación ciudadana, el empoderamiento social, y la transparencia y rendición de cuentas (73).

Al realizar una revisión del contenido de los insumos, se destacan principalmente los espacios, en donde generalmente se llevan a cabo dichos acuerdos intersectoriales, la oferta de servicios o estrategias que poseen cada uno de los actores anteriormente mencionados, y que le aportan tanto a la población específica como a la(s) problemática(s) a tratar, las principales dificultades encontradas en el desarrollo de dichas acciones y/o estrategias, y las necesidades desde la perspectiva de las diferentes poblaciones.

Se resaltan dificultades respecto a la oferta con la que se cuenta frente a la alta demanda de servicios que se necesita, el cambio y rotación de los profesionales en todos los sectores e instituciones participantes, la no respuesta a las necesidades de la comunidad, la ausencia de otros actores en los espacios locales para optimizar la oferta de servicios, y el desconocimiento por parte del talento humano para aplicar los enfoques diferenciales en la atención, por mencionar las más relevantes.

A nivel subred, los insumos presentan información relacionada a barreras estructurales frente al acceso a la salud y en términos generales, análisis basados en la intersectorialidad comprendida principalmente como un ejercicio de cooperación entre los diferentes actores (sectoriales, intersectoriales y/o comunitarios), es decir que la relación entre sectores y la necesidad de establecer articulaciones se genera a partir de una necesidad emergente, con el fin de suplir un servicio del cuál carece la contraparte y en el cual buscan dar respuesta a objetivos o metas particulares de cada sector; sin embargo, no se cuenta con

un proceso evaluativo o de impacto que mida la relación entre las acciones y los indicadores pues si bien hay una planeación de las partes, estas no son de largo alcance ni pertenecen a un plan de acción, son acciones que culminan una vez son ejecutadas.

A nivel local, el contenido se refiere a los desafíos encontrados en las diferentes estrategias o acciones implementadas por localidad, en los cuales se resalta la planificación y articulación desde las diferentes Políticas Públicas con diferentes actores clave; sin embargo, cabe resaltar que la mayoría de estas, se realizan mediante el desarrollo de jornadas en las cuales se vinculan principalmente actores comunitarios y sectoriales.

Participación ciudadana

La participación ciudadana, de acuerdo a la Defensoría del Pueblo; se entiende como conjunto de actividades mediante las cuales los grupos de valor y la ciudadanía en general, ejercen el derecho individual o colectivo de intervenir en las decisiones públicas. Dichas actividades se materializan a través de la deliberación, discusión y cooperación con las autoridades, incidiendo de esta manera en el diagnóstico, formulación, ejecución y evaluación de las políticas, de manera efectiva, amplia, equitativa y democrática (74).

El documento de Análisis Diferencial para la subred hacer referencia al trabajo desde la misma comunidad en el tema del cuidado y autocuidado como una política transformadora, así como la forma de trabajo comunitario como una forma de progreso para la comunidad. Se identifica la dificultad de la población, de reconocer la problemática de la burocracia como una barrera en las problemáticas de inversión del estado frente a lo que la comunidad considera, negligencia gubernamental.

A nivel local, se logró identificar aquellas formas de participación ciudadana en las cuales las organizaciones comunitarias y ciudadanas pueden realizar sus aportes en cada una de las instancias de participación tanto sectoriales, intersectoriales como con el sector privado. Por otro lado, se logró identificar, un avance en las acciones de las diferentes políticas públicas en beneficio de las diferentes comunidades (afros, discapacidad, LGTBI, entre otros).

Por último, se destacan algunas de las dificultades desde la perspectiva de la comunidad, dentro de las cuales se encontraron la participación comunitaria poco efectiva, la identificación de las necesidades y la importancia de que las instancias gubernamentales y de toma de decisión, reconozcan dichas falencias.

Se hizo referencia a que la Participación Social Incidente se ha promovido mediante la involucración de la comunidad a través de mesas de trabajo y encuentros comunitarios lo cual ha generado espacios de diálogo entre actores institucionales y la ciudadanía. También, el equipo ha promovido la participación social incidente asegurando que las comunidades involucradas jueguen un papel importante en la toma de decisiones. Por último, se hace referencia a la sugerencia de involucrar a los comedores comunitarios en la toma de decisiones de las acciones desde el sector salud.

Adicional a lo anterior, teniendo en cuenta los datos suministrados por el software de Análisis Atlas. Ti, las barreras de acceso a los servicios de salud han afectado principalmente los servicios relacionados con la atención en salud mental y primera infancia, además de la coordinación intersectorial y participación comunitaria.

Se puede afirmar que, a pesar de la existencia de una amplia oferta especializada, existen limitantes relacionadas con el acceso efectivo por parte de la población a los servicios de salud en la localidad, debido a las deficiencias en la calidad de la atención y la humanización del servicio. Esta percepción negativa puede conllevar al poco acceso a los servicios de salud y a la afectación de la salud bucal y general.

Sectorialmente, los principales alcances para la problemática de este núcleo han consistido en la existencia de una oferta de servicios amplia para las mujeres y personas cuidadoras de la localidad, adicionalmente, desde el sector salud se ha hecho un debido cumplimiento de las responsabilidades en el marco de la política distrital de mujeres y de género, 3 jornadas de sensibilización contra la violencia de género y el fortalecimiento en el enfoque de este último ha consistido la capacitación en el uso y adopción del lenguaje inclusivo además de un fortalecimiento en el trato a la población diferencial.

Las principales limitaciones en el ámbito sectorial se relacionan con la ausencia de talento humano, limitantes existentes en el tipo de contrato y vínculo laboral, ausencia de recursos presupuestales, adicionalmente estas limitaciones han influido negativamente en la operatividad dentro del sector y también cuando se desarrollan acciones intersectoriales.

Intersectorialmente, entre los principales alcances se pueden señalar el debido cumplimiento de las responsabilidades en el marco de la política de la mujer, equidad de mujer y género desde la secretaría de la mujer y los entes articulados a esta. La principal limitación identificada desde lo intersectorial ha consistido en la existencia de discrepancias en la comprensión de las problemáticas asociadas a las desigualdades de género y las desigualdades estructurales, lo cual provoca que se reproduzcan ciertos hechos de violencia dentro de los servicios de salud o en el desarrollo de acciones y coordinaciones intersectoriales.

Comunitariamente, los principales alcances han consistido en la participación activa en los distintos programas ofertados de forma sectorial, intersectorial y por el distrito, sin embargo, también existen limitaciones relacionadas con la persistencia de una desconfianza por parte de la comunidad frente a los sectores y ofertas institucionales existentes, debido a prejuicios o experiencias negativas previas.

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

Para este último núcleo, con problemáticas asociadas a la existencia de deficiencias en materia de educación ambiental y la presencia de prácticas insalubres, las respuestas por parte del sector salud han consistido en la realización de jornadas de autocuidado, pruebas rápidas y recorridos de identificación de factores de riesgo.

En cuanto a la respuesta intersectorial para estas problemáticas, se evidencia la realización de espacios de unidades integrativas de operación y sensibilización, además de revisión de puntos críticos, por parte de la Secretaría Distrital de Integración Social -SDIS-, la cual se encarga de la promoción y protección de los derechos de las personas más vulnerables de la localidad, y ha adelantado coordinaciones con tiendas Ara en la localidad para favorecer la alimentación saludable, ofrecer orientaciones nutricionales y realizar tamizajes nutricionales para beneficiar a la población menor de edad en situación de vulnerabilidad y ha realizado actividades de ollas comunitarias en esta, la Secretaría De Salud-SDS-, la Alcaldía Local, por medio de la Personería Local se encarga de la revisión y verificación del cumplimiento de los acuerdos distritales, leyes y procesos jurídicos de la localidad, el Jardín Botánico de Bogotá busca promover las prácticas agroecológicas y el cuidado del medio ambiente en la localidad, razón por la cual ha apoyado la consolidación de la red de agricultoras y agricultores urbanos de la localidad, la cual permite fortalecer la

soberanía alimentaria de la localidad y promover el acceso a la alimentación sana en esta, especialmente de las poblaciones más vulnerables, el Acueducto de Bogotá ha adelantado actividades de revisión y reparos de daños a conexiones y tuberías de la localidad, la Secretaría De Ambiente ha realizado actividades de promoción y regulación de la sostenibilidad ambiental de la localidad, a partir de la formulación y ejecución de la política ambiental. En esta, ha promovido el uso de servicios relacionados con ofertas ambientales mediante las ferias móviles de servicios, en las cuales, también se verifican requisitos, se solicitan permisos ambientales para la explotación económica, También ha desarrollado jornadas educativas de concientización ambiental en los colegios de la localidad, y de recolección de residuos, en las cuales se ha logrado recolectar más de 49 toneladas de material. La Subred Suroccidente, Asociaciones de Recolectores, las cuales promueven los servicios de reciclaje, la correcta separación de residuos y rutas de reciclaje las Juntas de Acción Comunal, a partir de las cuales se han establecido canales de comunicación directa con la alcaldía local para disminuir tiempos de respuesta ante denuncias de alertas ambientales o puntos de acumulación de residuos, la Policía Nacional ha realizado un acompañamiento a las acciones de inspección, vigilancia y control de residuos en la localidad, adelantando también acciones de inspección de documentación y seguimiento de procesos de cumplimiento de requisitos y trámites por parte de los negocios locales. La Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos-UAEPS- ha desarrollado actividades de recolección de residuos como escombros, construcción y demolición a través de jornadas de eco puntos en la localidad, la Secretaría de Desarrollo Económico en la localidad ha realizado actividades de promoción de mercados campesinos para promover un acceso de alternativas alimentarias asequibles y saludables. El Sistema Establecido para la Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de los Trabajadores del Sector Informal-SIVISTRA- provee información acerca del estado de salud y condiciones de trabajo de la población que ejerce actividades económicas informales en la localidad, las Mesas de Comerciantes, han desarrollado actividades de fortalecimiento de seguridad en la localidad, de la mano con la policía nacional y de apoyo a comercios locales por medio del uso de tecnologías digitales, las Asociaciones de Recicladores promueven los servicios de reciclaje, la correcta separación de residuos y rutas de reciclaje, los Centros de Escucha realizan actividades de promoción de la salud mental en la localidad, y el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud-IDIPRON-, el cual se encarga de la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, buscando adicionalmente promover el desarrollo de competencias educativas y laborales en estos. En la localidad ha adelantado jornadas de apoyo al acceso a la educación superior y de protección, acceso a oferta educativa, formación y construcción de proyectos de vida con jóvenes en condición de habitabilidad en calle para apoyar procesos de desarrollo personal. Se identifican actividades desarrolladas en establecimientos comerciales en el barrio san Eusebio y jornadas de sensibilización para promover el reciclaje en el Barrio Galán. Por último, las iniciativas comunitarias consisten en el desarrollo de huertas comunitarias, localizadas en el ecoparque urbano ciudad montes en las cuales se promueve la agricultura urbana sostenible, los cultivos y el uso de semillas ancestrales, además de la participación de la población local y diferencial con el objetivo de potenciar la autonomía y efectividad de la actividad agrícola urbana de la localidad de Puente Aranda.

También se han identificado 12 asociaciones de recicladores en la localidad, los cuales promueven los servicios de reciclaje, la correcta separación de residuos y rutas de reciclaje, sin embargo, si bien se han adelantado estas jornadas y espacios, sigue presentándose un aumento de reporte de estos puntos críticos de arrojo de basuras y de eventos transmisibles. Además de lo anterior, la existencia de factores socioeconómicos precarios en estos sectores donde se acumulan los residuos sólidos, favorece que la población siga siendo afectada por la problemática, y no se tenga una reducción de esta.

Sectorialmente, los principales alcances para las problemáticas de este núcleo han consistido en la realización de jornadas de promoción y acompañamiento a los distintos escenarios de participación con el objetivo de fortalecer el sistema de salud. Adicionalmente en el marco de implementación de políticas, se

han realizado acciones de cooperación entre el sector salud, otros sectores y la comunidad para mejorar la calidad del agua y prevenir eventos zoonóticos mediante la vigilancia y asistencia de 12 acuerdos intersectoriales. Además, se han reducido las barreras existentes en el momento de solicitar o realizar la toma de pruebas para la detección temprana de enfermedades, y, se ha hecho promoción de los hábitos de vida saludables desde los dispositivos comunitarios como las políticas de familia, seguridad alimentaria y nutricional. Por otro lado, las políticas de envejecimiento, adulterz, infancia y adolescencia intervienen en la promoción de los hábitos de vida que permitan prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles. Las principales limitaciones en el ámbito sectorial son las relacionadas con el manejo de recursos económicos y problemas en la contratación y el tipo de contrato utilizado con el personal profesional, adicionalmente se identifican barreras existentes en la capacidad de respuesta y canalización relacionadas con la ausencia de documentación como sucede en el caso de la población migrante irregular.

Intersectorialmente, entre los principales alcances se pueden señalar la disminución en los tiempos de atención y respuestas en derechos de petición y articulaciones intersectoriales, sin embargo, también se resaltan limitaciones relacionadas con la ausencia de comprensiones territoriales, lo cual dificulta dar una respuesta efectiva a las problemáticas identificadas en el territorio, existencia de barreras de acceso a los servicios de salud, especialmente para la población migrante o las Personas en situación de Habitación en calle.

Comunitariamente, los principales alcances han consistido en la participación activa en las jornadas pedagógicas de sensibilización acerca del manejo de residuos sólidos, la existencia de asociaciones de reciclaje y recicladores, además de la participación comunitaria en los distintos programas que ofrece el distrito. No obstante, siguen existiendo limitaciones relacionadas con el desconocimiento de la comunidad acerca de los canales de información sobre los servicios de salud, las deficiencias educativas acerca del manejo de residuos y sobre las enfermedades de transmisión sexual, además de la salud sexual y reproductiva, y, hechos de estigmatización contra las personas en situación de habitación en calle y/o las personas que se dedican al reciclaje.

4.5 Reflexiones Finales

Ya para concluir, en la Localidad de Puente Aranda, el enfoque para las distintas problemáticas ha estado enfocado primordialmente en la sensibilización, prevención y educación sobre los distintos servicios de salud, sin embargo, su eficacia puede ponerse en duda, teniendo en cuenta las limitaciones de su impacto real para las distintas problemáticas, a pesar de contar con la participación de distintos actores. Por otro lado, el desarrollo de acciones de coordinación intersectorial no suele ser complementarias y se enfrentan a la poca participación comunitaria y la poca evaluación posterior a su ejecución, lo cual no permite que estas logren un avance significativo respondiendo a las necesidades de la población. Adicionalmente, en materia de gobernanza y gobernabilidad, las limitaciones asociadas a las jornadas que involucran la participación y empoderamiento local están relacionadas con la ausencia de profesionales, altas demandas y escasa participación comunitaria. Lo anterior, no permite que estos espacios puedan tener una mayor incidencia en el uso de las ofertas institucionales, mejorar la calidad de vida de la población y también podrían favorecer que no se identifiquen correctamente las problemáticas o que las acciones desarrolladas puedan no ser efectivas.

CAPITULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO

La OMS, considera que una de las funciones esenciales de la Salud Pública, es monitorear y analizar la situación en salud de la población. Dicho monitoreo, se realiza mediante el Diagnóstico de Salud (DS) de la comunidad, el cual es un elemento imprescindible para determinar necesidades e identificar problemas y riesgos de salud, y plantear posibles soluciones que mejoren la salud de la población. (6)

Para ello, existen métodos cualitativos y cuantitativos para priorizar problemas de salud. Frente a los métodos cualitativos como el de *Parrilla de análisis* y el *Simplex* se destaca que son sencillos, pero poseen un alto grado de subjetividad. Los métodos cuantitativos son menos subjetivos y ayudan a tomar mejores decisiones de salud, dentro de estos se encuentran método DARE (Decision Alternative, Rational, Evaluation), el de Priorización de criterios, y el de Hanlon, por mencionar algunos. (6)

El método de Hanlon es uno de los más usados en el área de la salud pública, sobre todo por su objetividad y flexibilidad. Es una herramienta metodológica que permite priorizar problemas de salud de acuerdo a cuatro componentes:

- **COMPONENTE A: (Magnitud)** toma en cuenta al número total de personas que tienen el problema, ya sea en grupos pequeños o grandes, su ponderación se basa en una escala del 0 a 10. Existen dos formas para establecerla; 1) de acuerdo al total de población afectada y, 2) de acuerdo al porcentaje de población afectada. (6) Este componente asigna puntuaciones de acuerdo a las unidades afectadas por cada 1000 habitantes.
- **COMPONENTE B: (Trascendencia o severidad)** se establece de acuerdo a cuatro componentes que están determinados por la urgencia, la gravedad, la pérdida económica y número de personas afectadas. (6) Mediante el uso de la información relacionada con la enfermedad o problemática en salud, se darán respuestas a las preguntas: ¿qué letalidad presenta la enfermedad? ¿es causa de discapacidad temporal o permanente? ¿es causa de muertes prematuras? ¿es causante de años de vida perdidos? ¿cuáles son los costos del tratamiento o rehabilitación? ¿causa complicaciones?
- **COMPONENTE C: (Eficacia de la intervención)** evalúa la capacidad para actuar sobre los problemas de salud, valora si los problemas se pueden controlar o erradicar en una escala con intervalos de 0.5, 1 y 1.5. Cuando el problema no se puede controlar su valor es 0.5, si se controla parcialmente es igual a 1 y, si tiene control total es igual a 1.5. (6)
- **COMPONENTE D: (factibilidad Pertinencia, Factibilidad económica, Disponibilidad de recursos, Legalidad y Aceptabilidad -PEARL o PERLA-)** evalúa si un programa o actividad en particular puede aplicarse y permite determinar si el problema tiene solución. A cada uno de los elementos se les da un valor de 1 si es positivo y 0, si es negativo. Si alguno de los elementos presenta un valor de 0, se considera un problema de salud no viable de solución. Esta valoración implica necesariamente conocimiento teórico y estadístico del problema de salud para dar respuesta a cada uno de los elementos (6). La respuesta a este componente y su asignación numérica implica realizar preguntas orientadoras en cada uno de los elementos anteriormente descritos. Las preguntas relacionadas a la *Pertinencia* son: ¿Se puede resolver el problema de salud con la intervención de acciones de los programas de salud?, ¿Se puede erradicar la causa de la problemática de salud? la principal pregunta asociada a la *Factibilidad Económica* es ¿Cuál es el costo de la aplicación de los programas?, frente a la *Disponibilidad de Recursos*, la pregunta asociada es ¿se cuentan con los recursos humanos para implementar los programas de salud? ¿se

cuentan con recursos materiales? Para la *Legalidad*, las preguntas orientadoras son ¿se encuentran sustentados legalmente para la implementación de programas de salud? ¿se violentan los derechos individuales de la población al implementar los programas?, por último, para la *Aceptabilidad*, las preguntas son ¿Cuál es la aceptación de los programas por parte del personal de salud? ¿Qué respuestas tiene la población ante la implementación de los programas de salud?

Hanlon establece cuatro componentes los cuales reciben una ponderación con la siguiente puntuación: **A + B (C x D)**.

5.1 Desarrollo Método Hanlon Subred Suroccidente

Para el desarrollo de la metodología Hanlon, en la Subred Suroccidente se realizó una reunión del componente social con la participación de las demás subredes Norte, Sur y Centro Oriente, el 24 de febrero de 2025, en la cual, a partir de la discusión de los conceptos sobre los núcleos de inequidad, prevención, acceso efectivo, alertas y respuestas de cada una de las entidades, se acordó una definición común a cada uno de los núcleos.

Posteriormente se realizó otro encuentro con el acompañamiento de la Secretaría Distrital de Salud el día 3 de marzo de 2025 en el CDC (Centro de Desarrollo Comunitario) Timiza, localizado en la calle 42g Sur-52, con Cra. 74, en la localidad de Kennedy, Bogotá. Este diálogo y concertación se llevó a cabo teniendo en cuenta los insumos e información suministrada a partir del ejercicio de *Análisis de la respuesta de los distintos actores frente a las problemáticas y necesidades sociales, ambientales que afectan a la salud en el territorio*, realizada el 17 de febrero de 2025, en la cual se recibió la información en relación a las principales problemáticas, inequidades y las respectivas respuestas adelantadas tanto por el distrito como la comunidad.

En el desarrollo del ejercicio de priorización se contó con la participación de profesionales, gestores comunitarios, gestores de participación y líderes en representación de la secretaría de salud y la subred suroccidente, los cuales, tuvieron en cuenta su contacto con la población de las localidades de Kennedy, Bosa, Fontibón y Puente Aranda y sus respectivas necesidades. Ellos asignaron una calificación a unas problemáticas propuestas, estructuradas en criterios de salud, bajo la resolución 100 de 2024.

Previo a la realización del ejercicio, se explicó brevemente la metodología de Hanlon a los participantes y su aporte para el desarrollo del capítulo V: Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio, en el cual la información sería utilizada para la priorización de problemáticas y prioridades sociales en salud. En cada localidad se expuso cada problemática en su respectivo orden y se asignó una calificación teniendo en cuenta los criterios de magnitud, viabilidad, gravedad, factibilidad y posteriormente se aplicó la fórmula de priorización A+B(CxD). Dicho así, para la localidad de Puente Aranda, se asignaron 5 problemáticas.

5.2 Resultados Ejercicio de Priorización de problemas y necesidades sociales de la salud en la localidad de Puente Aranda

En cuanto a los resultados para la localidad de Puente Aranda en el ejercicio participativo bajo la metodología dispuesta se obtuvo la siguiente información:

Problemática	Puntaje
<p><i>“Las desigualdades de género, la autonomía económica limitada y las barreras en educación y empleo afectan la salud materna y la seguridad de las mujeres en la localidad. La ausencia de redes de apoyo limita el acceso a recursos esenciales y oportunidades, pese a la predominancia de estratos medios, la dependencia económica, las dificultades en el acceso a salud y protección agravan esta situación, como resultado han aumentado los indicadores de morbilidad materna y violencia contra la mujer, perpetuando la desigualdad y vulnerabilidad, especialmente en las UPZ 40 y 43.”</i></p>	13.71
<p><i>“La edad, el estrato socioeconómico y el nivel educativo determinan la calidad de vida de la población. Por otro lado, otros factores como la exposición a sustancias químicas y la ausencia de actividad física pueden relacionarse a dinámicas a las cuales está expuesta la población de Puente Aranda, dando como resultado de esta ausencia de hábitos de vida saludables se pueden desencadenar problemas relacionados con enfermedades cardiovasculares, pulmonares crónicas, cáncer entre otras.”</i></p>	13.43
<p><i>“El manejo inadecuado de residuos sólidos, la exposición a químicos y contaminantes contribuyen al deterioro de la calidad del aire. De esta forma existen deficiencias en materia de educación ambiental, la cual incide en la mala gestión de desechos industriales; especialmente en las UPZ 108 y 111, debido a su cercanía a lugares de arrojo clandestino. Esto puede resultar en el aumento de diversas afecciones como intoxicaciones por consumo de sustancias químicas, infecciones respiratorias relacionadas con el contacto con vectores transmisores de enfermedades, los cuales repercuten negativamente en la salud de las personas que habitan o transitan estas zonas.”</i></p>	12.29
<p><i>“Las desigualdades producto de las necesidades básicas insatisfechas y la precariedad laboral han afectado la salud de la localidad, contribuyendo al aumento de las barreras de acceso a ofertas y servicios de salud en la población más vulnerable. Estas han afectado la salud de la población menor a 5 años de la localidad, particularmente en temas nutricionales, en la UPZ 108, donde hay hogares en estrato 2. Esto puede desencadenar situaciones en salud como problemas del crecimiento, metabólicos, de aprendizaje, de desarrollo de habilidades cognitivas, motoras y alteraciones de la piel, las cuales tienen consecuencias en el desarrollo social y económico de la persona.”</i></p>	11.43
<p><i>“Las condiciones económicas precarias son uno de los determinantes que posee una incidencia directa mayor en el estado de salud, factores como la precarización laboral, el hacinamiento, las deficientes condiciones estructurales de las viviendas, provocan ambientes poco saludables para la población. Adicional a lo anterior, la ausencia de educación en higiene personal favorece la incidencia de enfermedades como la Tuberculosis, la Hepatitis A y B. Por lo anterior, se identifican prácticas insalubres en la localidad de Puente Aranda, las cuales pueden incidir negativamente en la salud, resultando en posibles daños pulmonares, problemas psicológicos, factores adicionales de riesgo para otras enfermedades como el cáncer, entre otras.”</i></p>	6.14

A continuación, se describe cada una de las problemáticas priorizadas:

Priorización 1

En cuanto a la problemática identificada por los participantes en una ponderación obtenida tras la aplicación del método Hanlon frente a las afectaciones de las situaciones de salud en la localidad de Puente Aranda, la primera, “Las desigualdades de género, la autonomía económica limitada y las barreras en educación y empleo afectan la salud materna y la seguridad de las mujeres en la localidad. La ausencia de

redes de apoyo limita el acceso a recursos esenciales y oportunidades, pese a la predominancia de estratos medios, la dependencia económica, las dificultades en el acceso a salud y protección agravan esta situación, como resultado han aumentado los indicadores de morbilidad materna y violencia contra la mujer, perpetuando la desigualdad y vulnerabilidad, especialmente en las UPZ 40 y 43.” Los determinantes estructurales asociados a esta problemática son la posición socioeconómica y el género, esta problemática se refiere a la ausencia de redes de apoyo que limitan el acceso a recursos y oportunidades de desarrollo, ponderando esta con una magnitud de 6, recordando que este criterio de refiere al grado de afectación de la problemática en la población, la pregunta orientadora fue ¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en la salud? Considerando las tasas de morbilidad y mortalidad. Expresando una carga alta teniendo presente que el número mayor para la variable es de 10.

En cuanto a la gravedad respondiendo a la pregunta ¿Qué tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas? Considerando estas afectaciones anteriormente mencionadas, se obtuvo una frecuencia de 8, contemplando que los valores de referencia están en una escala de 0 a 10, este alto valor implica que la problemática tiene graves consecuencias en términos de morbilidad, mortalidad, impacto económico y social.

El siguiente criterio es la viabilidad de intervención: que se refiere a la capacidad institucional existente para atender dicha situación, bajo la pregunta orientadora ¿Las circunstancias institucionales permiten realizar intervención a la problemática? La respuesta en ponderación fue igual a 1, indicando que es posible realizar una intervención parcial.

En cuanto a la factibilidad de la intervención a nivel político y económico, bajo la pregunta orientadora *¿Políticamente es posible la intervención de la problemática?*, las personas ponderaron la respuesta en 1, siendo este número en los valores de referencia como una respuesta positiva en todos los elementos (PEARL), expresado en una mayor factibilidad en la atención a esta problemática desde el punto de vista político, económico y legal pero sin desatender la interacción interinstitucional y comunitaria.

La respuesta sectorial a la priorización 1 de la localidad se materializa en un consultorio de atención diferencial para mujeres diversas en la UPZ 43 y la intersectorial se distribuye en la misma UPZ y en las UPZ 40, 41 y 108; así mismo, con el plan nacional de vigilancia por cuadrantes y la ubicación de CAI en la localidad se da una cobertura homogénea espacialmente a la seguridad con la cual se atienden las llamadas al 123 por violencias de género. (ver Anexo 4)

Priorización 2

La segunda problemática que obtuvo un mayor puntaje fue la de “La edad, el estrato socioeconómico y el nivel educativo determinan la calidad de vida de la población. Por otro lado, otros factores como la exposición a sustancias químicas y la ausencia de actividad física pueden relacionarse a dinámicas a las cuales está expuesta la población de Puente Aranda, dando como resultado de esta ausencia de hábitos de vida saludables se pueden desencadenar problemas relacionados con enfermedades cardiovasculares, pulmonares crónicas, cáncer entre otras.” Es decir, en segundo lugar, se encuentra la ausencia de hábitos de vida saludables por parte de la población, el determinante estructural asociado para esta problemática es la edad y la posición socioeconómica. Su calificación en magnitud fue 6, lo cual implica que existe un grado moderado de afectación de la población por parte de esta problemática, la pregunta orientadora fue ¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en la salud? Considerando las tasas de morbilidad y mortalidad. Expresando una carga moderada teniendo presente que el número mayor para la variable es de 10.

En cuanto a la gravedad respondiendo a la pregunta ¿Qué tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas? Considerando estas afectaciones anteriormente mencionadas, se obtuvo una frecuencia de 7, contemplando que los valores de referencia están en una escala de 0 a 10, este alto valor implica que la problemática tiene graves consecuencias en términos de morbilidad, mortalidad, impacto económico y social.

El siguiente criterio es la viabilidad de intervención: el cual se refiere a la capacidad institucional existente para atender dicha situación, bajo la pregunta orientadora ¿Las circunstancias institucionales permiten realizar intervención a la problemática? La respuesta en ponderación fue igual a 1, indicando que es posible realizar una intervención parcial.

En cuanto a la factibilidad de la intervención a nivel político y económico, bajo la pregunta orientadora *¿Políticamente es posible la intervención de la problemática?*, las personas ponderaron la respuesta en 1, siendo este número en los valores de referencia como una respuesta positiva en todos los elementos (PEARL), expresado en una mayor factibilidad en la atención a esta problemática desde el punto de vista político, económico y legal pero sin desatender la interacción interinstitucional y comunitaria.

La respuesta sectorial e intersectorial a la priorización 2 de la localidad se comporta de manera homogénea en toda la localidad. (ver Anexo 5)

Priorización 3

La tercera problemática que obtuvo un mayor puntaje fue “El manejo inadecuado de residuos sólidos, la exposición a químicos y contaminantes contribuyen al deterioro de la calidad del aire. De esta forma existen deficiencias en materia de educación ambiental, la cual incide en la mala gestión de desechos industriales; especialmente en las UPZ 108 y 111, debido a su cercanía a lugares de arrojo clandestino. Esto puede resultar en el aumento de diversas afecciones como intoxicaciones por consumo de sustancias químicas, infecciones respiratorias relacionadas con el contacto con vectores transmisores de enfermedades, los cuales repercuten negativamente en la salud de las personas que habitan o transitan estas zonas.” Esta problemática es la ausencia de educación ambiental, el determinante estructural asociado es la posición socioeconómica. Su calificación en magnitud fue 4, lo cual implica que existe un grado moderado de afectación de la población por parte de esta problemática, la pregunta orientadora fue ¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en la salud? Considerando las tasas de morbilidad y mortalidad. Expresando una carga moderada teniendo presente que el número mayor para la variable es de 10.

En cuanto a la gravedad respondiendo a la pregunta ¿Qué tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas? Considerando estas afectaciones anteriormente mencionadas, se obtuvo una frecuencia de 8, contemplando que los valores de referencia están en una escala de 0 a 10, este alto valor implica que la problemática tiene graves consecuencias en términos de morbilidad, mortalidad, impacto económico y social.

El siguiente criterio es la viabilidad de intervención: el cual se refiere a la capacidad institucional existente para atender dicha situación, bajo la pregunta orientadora ¿Las circunstancias institucionales permiten realizar intervención a la problemática? La respuesta en ponderación fue igual a 1, indicando que es posible realizar una intervención parcial.

En cuanto a la factibilidad de la intervención a nivel político y económico, bajo la pregunta orientadora *¿Políticamente es posible la intervención de la problemática?*, las personas ponderaron la respuesta en 1, siendo este número en los valores de referencia como una respuesta positiva en todos los elementos (PEARL), expresado en una mayor factibilidad en la atención a esta problemática desde el punto de vista político, económico y legal pero sin desatender la interacción interinstitucional y comunitaria.

La respuesta sectorial e intersectorial a la priorización 3 de la localidad se comporta de manera homogénea en toda la localidad, con excepción de la contenerización y las cestas de basura que se solo se encuentran sobre las avenidas secundarias de acceso a los barrios más antiguos de las UPZ 40, 41 y 43 y no así en las vías locales de estos barrios. (ver Anexo 6)

Priorización 4

La cuarta problemática es “Las desigualdades producto de las necesidades básicas insatisfechas y la precariedad laboral han afectado la salud de la localidad, contribuyendo al aumento de las barreras de acceso a ofertas y servicios de salud en la población más vulnerable. Estas han afectado la salud de la población menor a 5 años de la localidad, particularmente en temas nutricionales, en la UPZ 108, donde hay hogares en estrato 2. Esto puede desencadenar situaciones en salud como problemas del crecimiento, metabólicos, de aprendizaje, de desarrollo de habilidades cognitivas, motoras y alteraciones de la piel, las cuales tienen consecuencias en el desarrollo social y económico de la persona.” En resumen, esta problemática se refiere a las barreras de acceso a servicios de salud y su principal determinante estructural son la edad y la posición socioeconómica. Su calificación en magnitud fue 4, lo cual implica que existe un grado moderado de afectación de la población por parte de esta problemática, la pregunta orientadora fue *¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en la salud?* Considerando las tasas de morbilidad y mortalidad. Expresando una carga moderada teniendo presente que el número mayor para la variable es de 10.

En cuanto a la gravedad respondiendo a la pregunta *¿Qué tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas?* Considerando estas afectaciones anteriormente mencionadas, se obtuvo una frecuencia de 7, contemplando que los valores de referencia están en una escala de 0 a 10, este alto valor implica que la problemática tiene graves consecuencias en términos de morbilidad, mortalidad, impacto económico y social.

El siguiente criterio es la viabilidad de intervención: el cual se refiere a la capacidad institucional existente para atender dicha situación, bajo la pregunta orientadora *¿Las circunstancias institucionales permiten realizar intervención a la problemática?* La respuesta en ponderación fue igual a 1, indicando que es posible realizar una intervención parcial.

En cuanto a la factibilidad de la intervención a nivel político y económico, bajo la pregunta orientadora *¿Políticamente es posible la intervención de la problemática?*, las personas ponderaron la respuesta en 1, siendo este número en los valores de referencia como una respuesta positiva en todos los elementos (PEARL), expresado en una mayor factibilidad en la atención a esta problemática desde el punto de vista político, económico y legal pero sin desatender la interacción interinstitucional y comunitaria.

La respuesta intersectorial a la priorización 4 de la localidad se concentra en las UPZ 40 y 43 con sedes de entidades intersectoriales, sin embargo, con una mínima presencia de sedes de la SDIS en la UPZ 41, dado que esta UPZ es de predominancia residencial de estrato 3, a diferencia de las UPZ 108 y 111 en donde no hay dí a una sede y estas atienden la poca demanda poblacional en estas UPZ. (ver Anexo 7)

Priorización 5

La quinta y última problemática es “Las condiciones económicas precarias son uno de los determinantes que posee una incidencia directa mayor en el estado de salud, factores como la precarización laboral, el hacinamiento, las deficientes condiciones estructurales de las viviendas, provocan ambientes poco saludables para la población. Adicional a lo anterior, la ausencia de educación en higiene personal favorece la incidencia de enfermedades como la Tuberculosis, la Hepatitis A y B. Por lo anterior, se identifican prácticas insalubres en la localidad de Puente Aranda, las cuales pueden incidir negativamente en la salud, resultando en posibles daños pulmonares, problemas psicológicos, factores adicionales de riesgo para otras enfermedades como el cáncer, entre otras.” En otras palabras, se refiere a la ausencia de hábitos de higiene en la localidad, el determinante estructural para esta problemática es la condición socioeconómica. Su calificación en magnitud fue 4, lo cual implica que existe un grado moderado de afectación de la población por parte de esta problemática, la pregunta orientadora fue ¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en la salud? Considerando las tasas de morbilidad y mortalidad. Expresando una carga moderada teniendo presente que el número mayor para la variable es de 10.

En cuanto a la gravedad respondiendo a la pregunta ¿Qué tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas? Considerando estas afectaciones anteriormente mencionadas, se obtuvo una frecuencia de 8, contemplando que los valores de referencia están en una escala de 0 a 10, este alto valor implica que la problemática tiene graves consecuencias en términos de morbilidad, mortalidad, impacto económico y social.

El siguiente criterio es la viabilidad de intervención: el cual se refiere a la capacidad institucional existente para atender dicha situación, bajo la pregunta orientadora ¿Las circunstancias institucionales permiten realizar intervención a la problemática? La respuesta en ponderación fue igual a 1, indicando que es posible realizar una intervención parcial.

En cuanto a la factibilidad de la intervención a nivel político y económico, bajo la pregunta orientadora *¿Políticamente es posible la intervención de la problemática?*, las personas ponderaron la respuesta en 1, siendo este número en los valores de referencia como una respuesta positiva en todos los elementos (PEARL), expresado en una mayor factibilidad en la atención a esta problemática desde el punto de vista político, económico y legal pero sin desatender la interacción interinstitucional y comunitaria.

La respuesta intersectorial a la priorización 5 de la localidad se concentra en las UPZ 40, 41 y 43 por parte de la Secretaría Distrital del Hábitat – SDH- así como la red pluvial de acueducto, sin embargo, en las otras UPZ, aunque la poca respuesta de la SDH y la poca red pluvial se deben a que la predominancia del uso no es residencial. (ver Anexo 8)

5.3 Reflexiones Finales

Ya para concluir, es importante considerar que la priorización se llevó a cabo teniendo en cuenta la metodología Hanlon y sus resultados. Para las problemáticas anteriormente abordadas y priorizadas, cabe resaltar que todas obtuvieron criterios de factibilidad y viabilidad iguales, es decir, todas las problemáticas pueden ser intervenidas pero solo de forma parcial, por otro lado, para las anteriores problemáticas las recomendaciones de forma general se centraron principalmente en el desarrollo de coordinaciones intersectoriales, campañas de promoción y prevención en salud, además del desarrollo de estrategias que

permitan una mayor participación de la comunidad local en los espacios en los cuales dan a conocer sus necesidades en salud.

En cuanto al ordenamiento de las problemáticas, la primera, la ausencia de redes de apoyo, obtuvo su calificación teniendo en cuenta la afectación moderada que esta tiene sobre la población, su gravedad y consecuencias relacionadas con la morbilidad, mortalidad, el impacto social y económico.

Para la segunda problemática, la ausencia de hábitos de vida saludables, obtuvo una calificación ligeramente más baja, debido a la percepción ligeramente menor de gravedad de esta, estos criterios de magnitud y gravedad, no obstante, implican un alto nivel de impacto en la morbilidad, mortalidad, consecuencias económicas y sociales, a pesar de poseer una percepción sobre la carga de enfermedad ligeramente menor.

En cuanto a la tercera priorización, la ausencia de educación ambiental, a pesar de poseer una mayor gravedad, su magnitud es ligeramente menor, por lo tanto, en materia de priorización y una posible intervención, ocupa una posición intermedia frente a las anteriores problemáticas.

Para la cuarta Priorización, las barreras de acceso a los servicios de salud, esta problemática posee una mayor gravedad, pero menor magnitud, por ende, al tener consecuencias en la salud percibidas cómo ligeramente menores, a pesar de sus altas implicaciones socioeconómicas, ocupa el penúltimo puesto en el ejercicio de priorización.

La última problemática priorizada, la cual es la ausencia de hábitos de higiene, posee altos niveles de gravedad, pero su magnitud es menor al resto, por ende, su carga de enfermedad, es decir, consecuencias en salud se perciben cómo menores al resto de problemáticas del ejercicio.

Los valores anteriormente obtenidos fueron los que influyeron en el desarrollo del ejercicio de priorización para la localidad de Puente Aranda, si bien, es importante recordar que todas son importantes de abordar por parte de la política pública debido al aumento de gravedad en sus consecuencias que ocurre en caso de no ser atendidas, y, por supuesto el aumento de los costos, designación de recursos y consecuencias en salud en el mediano y largo plazo que esto implicaría. Por lo anterior, la metodología Hanlon permite establecer una prioridad tanto a los recursos tanto humanos como financieros para un abordaje efectivo de las problemáticas en salud.

CAPITULO 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

Siguiendo la información suministrada por los documentos del Plan Decenal de Salud pública, Plan de Desarrollo Distrital(PDD), el Plan Territorial de Salud y el Modelo de atención en salud “MAS Bienestar”, las intervenciones en salud llevadas a cabo por el distrito deben orientarse a partir de un enfoque participativo que tenga en cuenta los Determinantes Sociales de la Salud, y, busque el fortalecimiento de la coordinación transectorial e intersectorial para responder a aquellas necesidades en salud consideradas como prioritarias por la población misma, haciendo uso de la información previa existente cómo posible apoyo que facilite la toma de decisiones informadas. Por otro lado, los documentos también hacen énfasis en el reconocimiento de las necesidades en salud y las problemáticas particulares a las cuales están expuestas las poblaciones que han sido histórica y sistemáticamente excluidas, particularmente al momento de intentar acceder a sus derechos en salud. Lo anterior implica que existen disparidades

históricas, sociales y culturales que no solo afectan de forma negativa la salud de una persona o la posibilidad que esta tiene de acceder a los servicios de salud, al crear de forma directa o indirecta barreras que dificultan un acceso efectivo a esta, adicional a esto, implica la existencia de determinantes estructurales e intermedios que afectan también la posibilidad de mejorar su calidad de vida y salud en el mediano y largo plazo.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, se ofrecerán recomendaciones a las problemáticas anteriormente priorizadas a partir de los ejercicios de respuesta, priorización de problemáticas de salud y recomendaciones en el territorio de Puente Aranda.

6.1 Propuesta de recomendaciones para la localidad de Puente Aranda

Basado en la problemática “Las desigualdades de género, la autonomía económica limitada y las barreras en educación y empleo afectan la salud materna y la seguridad de las mujeres en la localidad. La ausencia de redes de apoyo limita el acceso a recursos esenciales y oportunidades, pese a la predominancia de estratos medios, la dependencia económica, las dificultades en el acceso a salud y protección agravan esta situación, como resultado han aumentado los indicadores de morbilidad materna y violencia contra la mujer, perpetuando la desigualdad y vulnerabilidad, especialmente en las UPZ 40 y 43.” Se construyen unas recomendaciones presentadas a continuación.

Las recomendaciones que se van a proponer a continuación responden al eje de gobierno y gobernanza de la salud pública del plan decenal de salud pública en tanto este eje propone la participación activa de la población para aumentar la efectividad de la toma de decisiones y acciones colectivas. (73) También responde al pilar de Intersectorialidad para el bienestar del modelo MAS Bienestar debido a que este pilar busca integrar a los actores públicos, privados y comunitarios para el desarrollo de acciones conjuntas en salud que permitan incidir en la calidad de vida de la población. (4) En cuanto al Plan Territorial de salud, corresponde al núcleo de Inequidades en el acceso efectivo a servicios de salud y debilidad en la gobernabilidad y la gobernanza, debido a que en este núcleo se destaca la importancia que la descentralización y el desarrollo de acciones en los territorios desde el sector salud tienen al momento de atender las necesidades de la población, disminuir tiempos de atención y mejorar el acceso a infraestructura hospitalaria. (69)

En cuanto a las acciones intersectoriales: Realizar acciones intersectoriales donde a través de una regulación de los puntos problemáticos dentro de la localidad identificar acciones que puedan incluirse en una agenda social o en el consejo local de gobierno acobájalos en la sombrilla de la implementación del modelo de atención en salud más bienestar, se busque la erradicación del problema o la mitigación constante del mismo para mantener los indicadores al mínimo, entendiendo que las barreras de acceso no solo se vinculan al sector salud y debe haber una ruta unificada de atención a los casos de alerta.

relacionada con el desarrollo de acciones intersectoriales para la identificación de posibles coordinaciones con la comunidad, inciden positivamente al promover espacios participativos en los cuales las personas pueden tanto conocer la oferta institucional acorde a sus necesidades y establecer posibles redes de apoyo con otras, de esta forma se podría aumentar el acceso a los servicios de salud respectivos y recibir orientaciones en prevención o atención temprana. Adicionalmente, por medio del desarrollo de estas rutas podrían disminuirse los tiempos o las deficiencias existentes en la captación de casos.

En cuanto a la participación y empoderamiento comunitario: Aumento de acceso a espacios de toma de decisiones y acceso a satisfacción de necesidades básicas en mujeres, en la cual se sugiere aumentar el acceso a los espacios de toma de decisiones y aumentar la satisfacción de necesidades básicas, se puede

promover el acceso y concientización sobre servicios de asistencia y apoyo, además de mecanismos legales para la protección de los derechos de las mujeres.

En cuanto a la educación: Nuevas Masculinidades desde instituciones educativas: esta propuesta relacionada con la promoción de nuevas masculinidades desde las instituciones educativas puede ayudar a reducir potencialmente los casos de violencia contra la mujer y a su vez, construir una nueva conciencia que asocie la masculinidad con formas alternativas de relacionarse consigo mismo, con los roles de género y con la salud personal, incidiendo de esta forma en la formación de redes de apoyo incluyentes basadas en la cooperación e independencia.

En cuanto al fortalecimiento institucional: Fortalecer capacidad operativa resolutiva para las acciones de prevención y atención, fortalecer ejercicios intersectoriales y afianzar acciones de educación en salud pública; el fortalecimiento de las capacidades operativas en prevención, atención realización de ejercicios intersectoriales y educativos en salud pública podrían incidir positivamente al establecer rutas interconectadas entre el acceso a los servicios de salud con las ofertas y apoyos institucionales en educación, asistencia legal o capacitación laboral y la protección o atención a las necesidades en salud de la población. De esta forma se podría también incidir en la captación temprana de casos o identificación de factores de riesgo que pondrían en peligro a la población.

Sobre la atención temprana y prevención: Identificar los casos víctimas de violencia o abandono para dar una respuesta más coherente y universal para esta población, por medio de la identificación de casos no solo se podría facilitar la atención médica o psicológica a la población, además del acceso otros mecanismos legales e institucionales para garantizar su protección integral, sino incidir en la problemática, teniendo en cuenta además los factores diferenciales que aumentan la vulnerabilidad del individuo y la posible resolución o apoyo requerido ante la situación.

Acerca de la promoción de Programas orientados a minimizar la dependencia económica: la promoción de programas laborales y/o educativos que puedan minimizar la dependencia y vulnerabilidad económica de las personas ante situaciones de abuso y violencia podrían incidir positivamente al aumentar la educación acerca del sistema sanitario y la capacidad adquisitiva para acceder a los servicios de salud, además de establecer un posible contacto con servicios institucionales y distritales para la protección de sus derechos, por otro lado, se podría favorecer la creación de redes de apoyo o comunitarias que den un acompañamiento y apoyo emocional constante, para re establecer una independencia económica que les permita crear nuevos proyectos de vida que los beneficien.

Para esta primera problemática, se han adelantado jornadas de fortalecimiento institucional, jornadas de salud y se han logrado alcances en la activación de rutas de violencia y captaciones tempranas de gestantes. Para complementar estas acciones. La recomendación a nivel sectorial es mantener las jornadas de salud y activación de rutas, sin embargo, también se recomienda realizar coordinaciones con la iniciativa sectorial de Mujer Es Salud para aumentar el uso de servicios de salud integral, y promover la creación de redes comunitarias que permitan fortalecer el cuidado personal, interpersonal y la identificación de casos de violencia, vulnerabilidad o abusos que puedan tratarse y reportarse a otros sectores, o captarse mediante iniciativas del mismo sector como los centros de escucha. Intersectorialmente se recomienda por medio de estas iniciativas sectoriales, realizar coordinaciones con la Secretaría De la Mujer y sus ofertas, como la casa de igualdad, línea púrpura y las manzanas del cuidado para proteger los derechos de las mujeres y facilitar el acceso a servicios. Adicionalmente se recomienda realizar coordinaciones con la Secretaría de Seguridad Convivencia y Justicia, más específicamente con las Unidades de Reacción Inmediata, para realizar una debida activación de rutas que permita identificar, reportar, hacer el debido seguimiento y establecer una interacción con la Secretaría De Seguridad,

Convivencia y Justicia para conocer y hacer uso de los mecanismos legales disponibles para la protección de sus derechos. Lo anterior debe ejecutarse en un plazo de 5 meses.

Basado en la problemática “La edad, el estrato socioeconómico y el nivel educativo determinan la calidad de vida de la población. Por otro lado, otros factores como la exposición a sustancias químicas y la ausencia de actividad física pueden relacionarse a dinámicas a las cuales está expuesta la población de Puente Aranda, dando como resultado de esta ausencia de hábitos de vida saludables se pueden desencadenar problemas relacionados con enfermedades cardiovasculares, pulmonares crónicas, cáncer entre otras.” Se construyen unas recomendaciones presentadas a continuación.

Las siguientes recomendaciones responden a los ejes de Gestión Intersectorial de los determinantes sociales de la salud del Plan Decenal de Salud pública, en este eje se reconoce el valor que los distintos sectores tienen al momento de lograr una mayor incidencia en salud y calidad de vida de la población mediante el desarrollo de actividades conjuntas que permitan transformaciones económicas, sociales, ambientales y culturales. (73) Responde también al pilar de Gestión Integral del Riesgo en Salud del modelo MAS Bienestar debido al desarrollo de acciones conjuntas que permitan la integración de distintos análisis y datos existentes para lograr una atención oportuna, el desarrollo de actividades de prevención y previsión de riesgos potenciales que permitan mejorar la calidad de vida de la población y la resolución de situaciones socialmente percibidas como problemáticas, y a los núcleos de Inequidades en el acceso efectivo e inequidades poblacionales del Plan Territorial de Salud, los cuales contemplan por un lado la existencia de desigualdades en la oferta de salud existente, infraestructura y coordinación con otros actores, lo cual repercute en la salud de la población, disminuyendo la calidad del servicio y aumentando los tiempos de atención, por lo cual propone una mayor descentralización de estos servicios en los territorios. (69) (4) Por otro lado, responde al núcleo de Inequidades poblacionales presentes en el distrito capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población. En este núcleo, se hace énfasis en la existencia de desigualdades y vulnerabilidades adicionales que enfrenta la población diferencial al momento de acceder a los servicios de salud y ofertas institucionales, además de la existencia de otras vulneraciones a sus derechos que pueden influir negativamente en el impacto que estas pueden tener para garantizar una mejoría en su calidad de vida.

Sobre el desarrollo de acciones intersectoriales, Realizar Acciones intersectoriales: donde a través de una identificación de los sectores y el marco legal permitan la regulación de los puntos problemáticos y casos críticos dentro de la localidad identificar acciones que puedan incluirse en una agenda social o en el consejo local de gobierno acobájalo en la sombrilla de implementación del modelo de atención en salud Mas- Bienestar, se busque la erradicación del problema o la mitigación constante del mismo para mantener los indicadores al mínimo

Esta primera propuesta relacionada con el desarrollo de acciones intersectoriales para la identificación de posibles coordinaciones con la comunidad, inciden positivamente al promover espacios participativos en los cuales las personas pueden tanto conocer la oferta institucional acorde a sus necesidades y establecer posibles redes de apoyo con otras, de esta forma se podría aumentar el acceso a los servicios de salud respectivos y recibir orientaciones en prevención con profesionales en salud y nutrición. Por otro lado, mediante las acciones intersectoriales, también pueden establecerse actividades educativas y deportivas en las cuales se promuevan hábitos de vida saludables e involucrar a otras personas de la comunidad en estas.

Acerca de la Promoción de prácticas de actividades físicas en población vulnerable: por medio de la promoción de actividad física en la población vulnerable pueden aumentarse los factores protectores ante

la aparición de enfermedades no-transmisibles, reduciendo costos en el sistema de salud y también posibles tiempos de atención. Adicionalmente, también podría establecerse redes de apoyo que permitan un mejor seguimiento y promoción del estado de salud y hábitos de vida de la población.

Socializar estilos de vida desde infancias y cuidadores, y negligencia con cuidadores: al socializar estilos de vida saludables desde la infancia con los cuidadores, se pueden reducir los costos y la incidencia de posibles consecuencias en salud que terminan siendo cargas adicionales al sistema, por otro lado, podría favorecer la adopción de prácticas saludables con el entorno y con otras personas que, coordinadas con otros sectores institucionales realizarían posibles intervenciones en aquellos sectores en los cuales existe una mayor ausencia de responsabilidad en su salud personal.

Facilitar acceso a la oferta de servicios, vincular actores intersectoriales a la promoción de hábitos saludables, afianzar procesos de educación en salud con estrategias que logren vincular y conectar a la población: El acceso a la oferta de servicios institucionales en salud no solo podría incidir al establecer un contacto directo y constante de una persona con su salud, generando una mayor responsabilidad ante esta y resaltando la importancia de realizar los chequeos y seguir las indicaciones preventivas debidas, también podría establecerse un contacto con otras personas mediante el desarrollo de actividades conjuntas que promuevan estos hábitos, guiadas y apoyadas por otros sectores institucionales.

Identificar los casos de violencia intrafamiliar en la localidad, incentivar las líneas de atención ante hechos de violencia o abuso: por medio de la identificación de casos no solo se podría facilitar la atención médica o psicológica a la población, además del acceso otros mecanismos legales e institucionales para garantizar su protección integral, sino incidir en la problemática, teniendo en cuenta además los factores diferenciales que aumentan la vulnerabilidad del individuo y la posible resolución o apoyo requerido ante la situación.

Generar mayor empoderamiento por parte de los cuidadores a la población intervenida: al promover la importancia acerca de los hábitos de vida saludables a la población cuidadora, estos pueden promover un mayor acceso a los servicios de salud preventivos y chequeos médicos, para facilitar la permanencia o periodicidad efectiva de estos, por otro lado, de esta forma también podrían participar y apoyar los procesos de cuidado y corresponsabilidad en la salud y hábitos de vida saludables.

Para la problemática de ausencia de hábitos de vida saludables en la localidad de Puente Aranda, desde el sector salud se han realizado jornadas de promoción de servicios de salud y hábitos de vida saludables, desde los comités de seguridad y alimentación nutricional, adicionalmente se ha realizado la respectiva vigilancia del estado de salud de la población. Teniendo en cuenta estos alcances, se recomienda desde el sector salud, realizar campañas en salud para la promoción de hábitos de vida y la prevención de factores de riesgo ante enfermedades crónicas no-transmisibles, en estas campañas se puede concientizar sobre la forma específica en la cual los distintos hábitos de alimentación, el consumo de sustancias, el sedentarismo entre otros inciden como factores de riesgo para enfermedades específicas, adicionalmente, en estas mismas campañas se pueden sugerir razones posibles por las cuales las personas adoptan este tipo de hábitos, para lograr una mayor concientización de su salud. Intersectorialmente se recomienda realizar jornadas con el ministerio del deporte, el ministerio del trabajo para promover hábitos de vida, ofertas, comunicar alertas e información básica que permita educar y acercar a la población a las ofertas existentes. Lo anterior puede desarrollarse en el plazo de 2 años.

La tercera problemática es “El manejo inadecuado de residuos sólidos, la exposición a químicos y contaminantes contribuyen al deterioro de la calidad del aire. De esta forma existen deficiencias en materia de educación ambiental, la cual incide en la mala gestión de desechos industriales; especialmente

en las UPZ 108 y 111, debido a su cercanía a lugares de arrojo clandestino. Esto puede resultar en el aumento de diversas afecciones como intoxicaciones por consumo de sustancias químicas, infecciones respiratorias relacionadas con el contacto con vectores transmisores de enfermedades, los cuales repercuten negativamente en la salud de las personas que habitan o transitán estas zonas.” Y se construyeron las siguientes recomendaciones:

Las siguientes recomendaciones corresponden a los ejes de Gestión Integral del riesgo en salud pública del Plan Decenal de Salud Pública, en este eje se destaca la importancia de la vigilancia en riesgos de salud de forma intersectorial para la identificación, evaluación e intervención de problemáticas en salud, teniendo en cuenta la existencia de distintos grupos poblacionales que poseen a su vez hábitos de vida, enfrentan situaciones ambientales y distintos niveles o factores de riesgo que inciden directamente en su salud. (73) Responde también al pilar de Gestión Integral del Riesgo en Salud del modelo MAS Bienestar debido al desarrollo de acciones conjuntas que permitan la integración de distintos análisis y datos existentes para lograr una atención oportuna, el desarrollo de actividades de prevención y previsión de riesgos potenciales que permitan mejorar la calidad de vida de la población y la resolución de situaciones socialmente percibidas como problemáticas, y al núcleo de Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes, y pandemias. (4) Este núcleo considera que debido a las consecuencias que los riesgos ambientales, climáticos o químicos pueden tener en la salud de la población, y a la existencia simultánea de limitantes en los tiempos de atención servicios o infraestructura en salud, que se traducen en tiempos adicionales, altos índices ocupacionales, retrasos en la atención es importante mantener un nivel de gestión acorde de los incidentes relacionados a este núcleo y la capacidad de atención y respuesta ante estas situaciones, el otro núcleo del PTS al cual esta recomendación corresponde es al de Inequidades poblacionales presentes en el distrito capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población. En este núcleo, se hace énfasis en la existencia de desigualdades y vulnerabilidades adicionales que enfrenta la población diferencial al momento de acceder a los servicios de salud y ofertas institucionales, además de la existencia de otras vulneraciones a sus derechos que pueden influir negativamente en el impacto que estas pueden tener para garantizar una mejoría en su calidad de vida. (69)

Realizar Acciones intersectoriales donde a través de una identificación de los sectores y el marco legal permitan la regulación de los puntos problemáticos y casos críticos dentro de la localidad identificar acciones que puedan incluirse en una agenda social o en el consejo local de gobierno acobájalo en la sombrilla de implementación del modelo de atención en salud más bienestar, se busque la erradicación del problema o la mitigación constante del mismo para mantener los indicadores al mínimo: en esta propuesta relacionada con la promoción de la coordinación intersectorial para la identificación de puntos críticos e intervención temprana en salud se busca incidir por medio de una agenda local en aumentar el acceso a servicios de salud para la población más vulnerable e intervención de estos puntos, por otro lado, mediante esta implementación no solo se busca incidir en una reducción de la carga de enfermedad y los factores de riesgo, además, crear posibles espacios saludables e higiénicos que puedan favorecer los factores de cuidado e incidir en la interiorización de la responsabilidad con su entorno, para promover prácticas de cuidado con este.

Aumento de campañas de promoción de salud ambiental y se castigue normativamente al infractor: en esta recomendación se busca el fortalecimiento en materia de salud ambiental e interiorización de estas prácticas, de esta forma se pueden disminuir costos y lograr una mayor incidencia al momento de concientizar a las personas acerca de cómo su entorno puede afectar de forma directa su estado de salud. Por otro lado, se puede concientizar a las personas acerca de la manera en la cual los entornos insalubres y la ausencia de prácticas de cuidado pueden afectar su salud y la de sus seres queridos a futuro.

Abordar temática desde colegios y líderes comunitarios: mediante el abordaje de la problemática en los colegios y con el apoyo de los líderes comunitarios, puede promoverse la importancia de la problemática y su incidencia directa en la salud personal, además de ofrecer orientación en la identificación de factores de riesgo y síntomas tempranos de enfermedades respiratorias, para una captación temprana de casos o posibles personas en riesgo de ver afectada su salud. Por otro lado, mediante estas campañas de concientización y prevención en las instituciones educativas y con los líderes comunitarios no solo se espera promover prácticas de cuidado, también se puede establecer un contacto directo con los sectores educativos y realizar otras posibles intervenciones en otros aspectos relacionados con la salud o la promoción de los derechos.

Reforzar la participación comunitaria e intersectorial para el desarrollo de acciones efectivas y de manera permanente: en esta propuesta relacionada con la promoción de la coordinación intersectorial para la identificación de puntos críticos e intervención temprana en salud se busca incidir por medio de una agenda local en aumentar el acceso a servicios de salud para la población más vulnerable e intervención de estos puntos, por otro lado, mediante esta implementación no solo se busca incidir en una reducción de la carga de enfermedad y los factores de riesgo, además, crear posibles espacios saludables e higiénicos que puedan favorecer los factores de cuidado e incidir en la interiorización de la responsabilidad con su entorno, para promover prácticas de cuidado con este.

Mayor articulación intersectorial, disponibilidad política y administrativa en cuanto a mejorar la disposición de recursos físicos y financieros para aportar a esta problemática: en esta propuesta relacionada con la articulación intersectorial y la asignación de recursos económicos y financieros se busca aumentar el acceso efectivo a los servicios de salud para controlar la problemática y establecer prioridades o acciones específicas que puedan ser más acordes a las necesidades o características poblacionales, por otro lado, esta articulación y manejo de recursos financieros permitiría adicionalmente realizar campañas de prevención y concientización más efectivas.

Realizar operativos de control a las empresas y establecimientos comerciales de las zonas que presentan la problemática: la realización de operativos de control a empresas y establecimientos permitirían establecer un contacto directo con la población directamente afectada por la problemática y realizar ejercicios de evaluación, control y posterior intervención en salud, para establecer estrategias posteriores de prevención diferenciales enfocadas a las personas que hacen parte de estos establecimientos, por otro lado, esta intervención podría a su vez establecer nuevas prácticas de cuidado y seguridad en estos espacios, que resalten la importancia del cuidado del entorno para la salud y también para los establecimientos o negocios.

Los alcances para esta tercera problemática han consistido en el debido seguimiento de los acuerdos intersectoriales previamente establecidos, el desarrollo de jornadas de autocuidado con la población y recorridos de identificación de potenciales riesgo o acciones para disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles. Teniendo en cuenta lo anterior, la recomendación en el caso de esta problemática, en el ámbito sectorial se recomienda mantener la práctica de vigilancia y monitoreo en materia de calidad de agua, para planificar y realizar intervenciones en salud pública, además de capacitaciones para la población en materia del manejo de residuos sólidos y mantenimiento de ambientes salubres, sin embargo, se recomienda realizar campañas de salud en materia de educación ambiental, además de una promoción en estas acciones de las líneas existentes para el reporte de puntos críticos. Intersectorialmente, se recomienda establecer y facilitar canales de comunicación con otros sectores como el IDIPRON, Ciudad Limpia y la Secretaría de Ambiente que permitan el reporte de estos y la articulación de intervenciones de puntos críticos y verificación del estado de salud de la población para

una atención oportuna, además de orientaciones que faciliten el acceso oportuno a servicios de salud y el desarrollo de hábitos de vida saludables, en el plazo de 6 meses.

La cuarta problemática, es “Las desigualdades producto de las necesidades básicas insatisfechas y la precariedad laboral han afectado la salud de la localidad, contribuyendo al aumento de las barreras de acceso a ofertas y servicios de salud en la población más vulnerable. Estas han afectado la salud de la población menor a 5 años de la localidad, particularmente en temas nutricionales, en la UPZ 108, donde hay hogares en estrato 2. Esto puede desencadenar situaciones en salud como problemas del crecimiento, metabólicos, de aprendizaje, de desarrollo de habilidades cognitivas, motoras y alteraciones de la piel, las cuales tienen consecuencias en el desarrollo social y económico de la persona.” Y se construyeron las siguientes recomendaciones:

Las siguientes recomendaciones responden a los ejes de Gestión Intersectorial de los determinantes sociales de la salud del Plan Decenal de Salud pública, en este eje se reconoce el valor que los distintos sectores tienen al momento de lograr una mayor incidencia en salud y calidad de vida de la población mediante el desarrollo de actividades conjuntas que permitan transformaciones económicas, sociales, ambientales y culturales. (73) También responde al pilar de Intersectorialidad para el bienestar del modelo MAS Bienestar debido a que este pilar busca integrar a los actores públicos, privados y comunitarios para el desarrollo de acciones conjuntas en salud que permitan incidir en la calidad de vida de la población. (4) Los núcleos de Inequidades en el acceso efectivo e inequidades poblacionales del Plan Territorial de Salud, los cuales contemplan por un lado la existencia de desigualdades en la oferta de salud existente, infraestructura y coordinación con otros actores, lo cual repercute en la salud de la población, disminuyendo la calidad del servicio y aumentando los tiempos de atención, por lo cual propone una mayor descentralización de estos servicios en los territorios. Por otro lado, responde al núcleo de Inequidades poblacionales presentes en el distrito capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población. En este núcleo, se hace énfasis en la existencia de desigualdades y vulnerabilidades adicionales que enfrenta la población diferencial al momento de acceder a los servicios de salud y ofertas institucionales, además de la existencia de otras vulneraciones a sus derechos que pueden influir negativamente en el impacto que estas pueden tener para garantizar una mejoría en su calidad de vida. (69)

Realizar Acciones intersectoriales donde a través de una identificación de los sectores y el marco legal permitan la regulación de los puntos problemáticos y casos críticos dentro de la localidad identificar acciones que puedan incluirse en una agenda social o en el consejo local de gobierno acobíjalos en la sombrilla de implementación del modelo de atención en salud más bienestar, se busque la erradicación del problema o la mitigación constante del mismo para mantener los indicadores al mínimo: en esta propuesta relacionada con la promoción de la coordinación intersectorial para la identificación de puntos críticos e intervención temprana en salud se busca incidir por medio de una agenda local en aumentar el acceso a servicios de salud para la población más vulnerable, especialmente a los servicios nutricionales, de esta manera se puede mantener una salud óptima y potenciar los factores protectores, por otro lado, mediante esta implementación no solo se busca incidir en una reducción de la carga de enfermedad y los factores de riesgo, además, crear posibles espacios y jornadas educativas que permitan aumentar el acceso y atención temprana de la salud de la población infantil.

Aumento de cobertura de programas de seguridad alimentaria y nutricional en menores de 5 años: en esta propuesta de aumento de cobertura en seguridad alimentaria se busca aumentar la captación de la población mediante la reducción de las barreras relacionadas con la ausencia de servicios de salud en nutrición, además de los costos y disponibilidad de espacios o citas. Por otro lado, no solo se podría aumentar el acceso a estos servicios y promover los factores protectores de salud, sino disminuir costos

futuros relacionados con captaciones tardías o tratamiento de condiciones nutricionales agravadas y desarrollar espacios en donde se pueda aumentar la educación en seguridad alimentaria no solo para garantizar un correcto desarrollo del infante, sino compartir dichos conocimientos con otras personas para lograr una mayor incidencia en la localidad.

Afianzar acciones de educación en salud, ampliar oferta intersectorial, sectorial y recursos suficientes que permitan dar respuesta a la necesidad, teniendo en cuenta que los determinantes para la situación están ligados principalmente por el recurso de la comunidad y de las entidades: en esta propuesta de aumento de educación en materia de servicios de salud disponibles se busca aumentar el acceso a estos servicios y otros institucionales para garantizar una mejor calidad de vida general de la población. Por otro lado, no solo se podría aumentar el acceso a estos servicios y promover los factores protectores de salud, sino al tener en cuenta los posibles determinantes y situaciones de vida que los cuidadores del infante tienen, podría incidir en una mejor calidad de vida y mayor disponibilidad de tiempo de este con la salud del infante para asegurar su correcto crecimiento y desarrollo.

Identificar la mayoría de infantes sin esquemas completos de vacunación: la identificación de personas sin esquemas completos de vacunación puede ayudar a identificar situaciones de precariedad y vulnerabilidad en el acceso a los servicios nutricionales que dificultarían la aplicación o seguimiento de los esquemas de vacunación, y con el acceso a otros servicios de salud preventivos o de seguimiento de su estado de salud, por otro lado, al promover la vacunación y los servicios nutricionales se podría realizar una coordinación con otras entidades para garantizar un correcto desarrollo, protección de derechos y apoyo integral del proceso de crecimiento del infante.

Realizar seguimiento desde los diferentes entornos para abordar el tema nutricional: en esta propuesta de seguimiento en materia de servicios de salud disponibles se busca aumentar el acceso a estos servicios y otros institucionales para garantizar una mejor calidad de vida general de la población. Por otro lado, no solo se podría aumentar el acceso a estos servicios y promover los factores protectores de salud, sino al tener en cuenta los posibles determinantes y situaciones de vida que los cuidadores del infante tienen, podría incidir en una mejor calidad de vida y mayor disponibilidad de tiempo de este con la salud del infante para asegurar su correcto crecimiento y desarrollo.

Para la cuarta problemática, se han realizado jornadas de sensibilización sobre alimentación saludable, particularmente para la población menor de edad, y, para complementar estas acciones, se recomienda sectorialmente aumentar la cobertura básica de los servicios en salud para las necesidades básicas de la población, especialmente, en la primera infancia. Para lograr lo anteriormente expuesto, es necesaria una mayor asignación presupuestal que permita descentralizar los servicios de salud, aumentando así la oferta básica y especializada existente, adicionalmente también se pueden realizar vigilancias a los casos captados en la población y coordinaciones o ejercicios educativos que eduquen a la población acerca de la oferta existente en la localidad en materia de Seguridad Alimentaria y cómo acceder a ella. Intersectorialmente se pueden realizar coordinaciones con el ICBF, el SISVAN y los Comités de Seguridad Alimentaria, para realizar seguimientos de la información acerca del estado nutricional de la población y realizar intervenciones, oferta de servicios, atenciones y educación en salud en los sectores específicos de la localidad en los cuales esta pueda concentrarse, adicionalmente se recomienda realizar revisiones de los criterios existentes para el acceso a las ofertas sociales en la localidad, con el objetivo de captar a la población que puede ser excluida de las ofertas y acciones debido a factores asociados a la pobreza oculta. Lo anterior puede desarrollarse en un plazo de 3 años.

Basado en la problemática “Las condiciones económicas precarias son uno de los determinantes que posee una incidencia directa mayor en el estado de salud, factores como la precarización laboral, el

hacinamiento, las deficientes condiciones estructurales de las viviendas, provocan ambientes poco saludables para la población. Adicional a lo anterior, la ausencia de educación en higiene personal favorece la incidencia de enfermedades como la Tuberculosis, la Hepatitis A y B. Por lo anterior, se identifican prácticas insalubres en la localidad de Puente Aranda, las cuales pueden incidir negativamente en la salud, resultando en posibles daños pulmonares, problemas psicológicos, factores adicionales de riesgo para otras enfermedades como el cáncer, entre otras.” Se construyen las siguientes recomendaciones presentadas a continuación:

Las recomendaciones de esta última problemática corresponden a los ejes de Gestión Integral del riesgo en salud pública del Plan Decenal de Salud Pública, en este eje se destaca la importancia de la vigilancia en riesgos de salud de forma intersectorial para la identificación, evaluación e intervención de problemáticas en salud, teniendo en cuenta la existencia de distintos grupos poblacionales que poseen a su vez hábitos de vida, enfrentan situaciones ambientales y distintos niveles o factores de riesgo que inciden directamente en su salud. (73) Responde también al pilar de Gestión Integral del Riesgo en Salud del modelo MAS Bienestar debido al desarrollo de acciones conjuntas que permitan la integración de distintos análisis y datos existentes para lograr una atención oportuna, el desarrollo de actividades de prevención y previsión de riesgos potenciales que permitan mejorar la calidad de vida de la población y la resolución de situaciones socialmente percibidas como problemáticas. (4) Los núcleos de inequidad del Plan Territorial de salud a los cuales esta problemática responde son los de Inequidades poblacionales presentes en el distrito capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población. En este núcleo, se hace énfasis en la existencia de desigualdades y vulnerabilidades adicionales que enfrenta la población diferencial al momento de acceder a los servicios de salud y ofertas institucionales, además de la existencia de otras vulneraciones a sus derechos que pueden influir negativamente en el impacto que estas pueden tener para garantizar una mejoría en su calidad de vida. El otro núcleo es el de Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes, y pandemias. Este núcleo considera que debido a las consecuencias que los riesgos ambientales, climáticos o químicos pueden tener en la salud de la población, y a la existencia simultánea de limitantes en los tiempos de atención servicios o infraestructura en salud, que se traducen en tiempos adicionales, altos índices ocupacionales, retrasos en la atención es importante mantener un nivel de gestión acorde de los incidentes relacionados a este núcleo y la capacidad de atención y respuesta ante estas situaciones. (69)

Realizar Acciones intersectoriales donde a través de una regulación de los puntos problemáticos dentro de la localidad identificar acciones que puedan incluirse en una agenda social o en el consejo local de gobierno acobájalo en la sombrilla de implementación del modelo de atención en salud más bienestar, se busque la erradicación del problema o la mitigación constante del mismo para mantener los indicadores al mínimo, dignificando su calidad de vida, y generando vías de acceso a servicios y pedagogía para reducir el número de personas que se suman a esta población: la anterior propuesta resalta la importancia de fortalecer la coordinación intersectorial para aumentar la efectividad de las respuestas y promoción de prácticas de higiene. Por medio del establecimiento de una mayor coordinación y comunicación entre los distintos actores sectoriales e intersectoriales se pueden disminuir principalmente los tiempos existentes para identificar, localizar, atender los casos y realizar seguimientos en salud más precisos, además de realizar coordinaciones con otros sectores que faciliten la intervención, y se pueda no solo atender la problemática de forma más rápida sino evitar una mayor propagación de las situaciones tanto ambientales como sociales que favorecen el desarrollo de la problemática.

Educación en eliminación del prejuicio: esta respuesta está centrada en la promoción de actividades educativas y pedagógicas que busquen eliminar el prejuicio existente frente a las personas que padecen

enfermedades transmisibles y promuevan el contacto con otros servicios complementarios en salud. El desarrollo de estas actividades pedagógicas puede favorecer el acceso a la población a servicios de salud preventivos y educativos al respecto de estas, facilitando no solo una captación temprana para evitar complicaciones en la condición de salud, sino la des estigmatización de estos por medio de un trato humano y diferencial. Por otro lado, al promover estas actividades pedagógicas también se busca erradicar creencias erróneas sobre estas que pueden afectar negativamente la relación de esta con sus redes de apoyo y promover hábitos de vida saludables que no permitan la propagación de estas enfermedades.

Reforzar las acciones del sector salud en cobertura del servicio, en accesibilidad para el mismo, fortalecer oferta sectorial e intersectorial frente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Debe fortalecerse la capacidad operativa y resolutiva del sector tanto para población nacional y migrante: la anterior propuesta resalta la importancia de fortalecer la coordinación intersectorial para aumentar la efectividad de las respuestas y promoción de prácticas de higiene. Por medio del establecimiento de una mayor coordinación y comunicación entre los distintos actores sectoriales e intersectoriales se pueden disminuir principalmente los tiempos existentes para identificar, localizar, atender los casos y realizar seguimientos en salud más precisos, además de realizar coordinaciones con otros sectores que faciliten la intervención , y se pueda no solo atender la problemática de forma más rápida sino evitar una mayor propagación de las situaciones tanto ambientales como sociales que favorecen el desarrollo de la problemática, teniendo en cuenta los contextos diferenciales tanto en población migrante como en las otras poblaciones diferenciales que pueden dificultar el desarrollo de estos factores y hábitos saludables.

Mejorar las acciones que se tiene para la población CHC, como los centros de escucha para la población HC, o las estrategias de integración social: mediante la mejoría de las ofertas institucionales existentes para las personas en situación de habitanza en calle, no solo podrían promoverse espacios de cuidado y promoción de hábitos de vida, sino establecer posibles rutas o planes de proyectos de vida para mejorar la calidad de esta y disminuir la exposición a aquellas condiciones o situaciones que podrían favorecer el desarrollo de estas enfermedades. Por otro lado, en estos espacios, también podrían iniciarse coordinaciones intersectoriales que permitan la capacitación de estas personas en otras actividades complementarias que puedan otorgarles sustento económico adicional para la satisfacción de sus necesidades.

Abordar el tema de enfermedades de transmisión sexual en los diferentes entornos desde una edad temprana: mediante el abordaje de la problemática sobre la higiene personal desde edades tempranas, puede favorecerse los factores protectores de la salud, también las prácticas preventivas y el acceso a servicios médicos preventivos o de atención temprana, buscando también una des estigmatización de estas. Por otro lado, de esta manera no solo podría aumentarse la cobertura y captación en distintos entornos tanto laborales, educativos e incluso familiares, sino desarrollar grupos o asociaciones de personas que promuevan prácticas saludables y lazos entre personas afectadas por estas enfermedades transmisibles.

Para esta última problemática, los alcances han consistido en el desarrollo de pruebas rápidas, jornadas de sensibilización y prevención, además del seguimiento del estado de salud de la población. Con el objetivo de complementar estas acciones, sectorialmente se recomienda realizar campañas de salud enfocadas en la sensibilización ambiental y la adopción de prácticas saludables en alimentación, actividad física, peso, prevención de consumo, lavado de manos, entre otras, y promover la construcción de entornos laborales saludables, además de concientizar a la población con respecto a identificación de síntomas de enfermedades para promover el uso oportuno de servicios de salud. Intersectorialmente se recomienda realizar coordinaciones con la SIVISTRA y Secretaría de ambiente, para poder realizar captaciones tempranas de casos, riesgos y alertas para su pronta intervención, en el plazo de un año.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salud SD. minsalud. [Online].; 2024 [cited 2025 3 21]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-bogota-2023.pdf>.
2. Distrital SJ. sis. [Online].; 2024 [cited 2025 3 21]. Available from: <https://sisjur.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=155699>.
3. salud sd. salud capital. [Online].; 2024 [cited 2025 3 21]. Available from: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Home/Doc_estr_MAS_Bienestar.pdf.
4. Salud Sd. saludcapital. [Online].; 2024 [cited 2025 3 21]. Available from: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Home/Doc_estr_MAS_Bienestar.pdf.
5. minsalud. ministerio de salud. [Online].; 2024 [cited 2025 3 21]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/guia-conceptual-construcion-asis-territorios.pdf>.
6. Felix Morales Gonzalez MCJ. Revistas UNAM. [Online].; 2018 [cited 21 3 2025]. Available from: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/72839>.
7. Social Sdl. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://www.integracionsocial.gov.co/>.
8. Distrital SJ. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=13935>.
9. Distrital SJ. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=119582>.
- 10 IDECA. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://mapas.bogota.gov.co/#>.
- 11 Salud SD. Comprension Territorial De La Salud Localidad de Puente Aranda. 2025..
- 12 Occidente SS. Análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad localidad de . Puente Aranda. ; 2022.
- 13 Occidente SS. Analisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad localidad . Puente Aranda. ; 2022.
- 14 DANE DANDE. Estratificación socioeconómica para servicios públicos domiciliarios. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica>.
- 15 PNUD. LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD QUE . CONSIDERAN EL ENFOQUE DIFERENCIAL, DE GÉNERO Y NO DISCRIMINACIÓN PARA PERSONAS LGBTI. [Online].; 2019 [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/LINEAMIENTOS%20EN%20ATENCION%20LGBTI-VERSION%20DIGITAL.pdf>.
- 16 Social Sdl. Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle. [Online].; 2015 [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/15052023-Politica_Publica_Distrital_de_Habitabilidad_en_Calle_PPDFHC.pdf.

- 17 DANE DANDE. Censo habitantes de la calle Bogotá. [Online].; 2017 [cited 2024 Diciembre 07. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-habitantes-de-la-calle-bogota>.
- 18 Social SDI. Integracion Social. [Online].; 2025 [cited 2025 3 19. Available from: https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2025/Documentos/14022025-Boletin-resultados.pdf.
- 19 E.S.E. SldSdS. Análisis de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad de la Población Habitante de Calle de Bogotá. Bogotá:; 2023.
- 20 Social SdI. integracion social. [Online].; 2024 [cited 2025 3 19. Available from: <https://www.integracionsocial.gov.co/index.php/noticias/101-noticias-vejez/6743-asi-funciona-el-servicio-cuidado-transitorio-dia-noche-para-personas-mayores-habitantes-de-calle-o-en-riesgo-de-habitarla>.
- 21 social sdi. integracion social. [Online].; 2024 [cited 2025 3 19. Available from: <https://www.integracionsocial.gov.co/index.php/noticias/98-noticias-adulvez/1428-centros-de-atencion-habitante-de-calle>.
- 22 (ODVCA) ODDVCA. BOLETÍN TRIMESTRAL DE VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN BOGOTÁ D.C. [Online].; 2024 [cited 2025 3 19. Available from: <https://observatorio.victimasbogota.gov.co/sites/default/files/documentos/BOLETIN%20TRIMESTRAL%20JULIO%20-%20SEPTIEMBRE.pdf>.
- 23 ANDI ANDEDC. LA INCLUSIÓN DE VÍCTIMAS Y DESMOVILIZADOS: UNA VENTAJA COMPETITIVA PARA LAS EMPRESAS EN COLOMBIA. [Online].; 2019 [cited 2024 Diciembre 07. Available from: https://www.andi.com.co/Uploads/Paper%20Victimas%20y%20Desmovilizados%20Lectura_637068180406157918.pdf.
- 24 Salud SDd. Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad Población Indígena Cabildo Muisca de Bosa. [Online].; 2020 [cited 2024 Diciembre 07. Available from: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/etnias/ASIS_Muisca_Bosa.pdf.
- 25 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.
- 26 (OCS) EOdCS. INFORME DE MIGRACIÓN EN BOGOTÁ. ; 2022.
- 27 BOSA ALD. La migración, una problemática que nos interesa a todos. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07. Available from: <http://www.bosa.gov.co/milocalidad/la-migracion-problematica-nos-interesa-todos>.
- 28 Occidente SS. Portafolio de Servicios. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07. Available from: <https://subredsuoccidente.gov.co/entidad-2-2/portafolio-de-servicios/>.
- 29 salud OPdI. Determinantes sociales de la salud. Tomado de: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>; (2023).
- 30 Sen. A. Desarrollo y libertad. Ed Planeta, Argentina pp. 1-220 tomado de: chrome-extension://efaidnbmnnibpcapcglclefindmkaj/https://indigenaselperu.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/09/desarrollo_y_libertad_-_amartya_sen.pdf; (2000).

- 31 BBVA. Tipos de pobreza: ¿cuáles son y por qué es importante su clasificación? [Electronico].; . 2025 [cited 2025 1 17. Available from: <https://www.bbva.com/es/sostenibilidad/cuales-son-los-tipos-de-pobreza-y-por-que-es-importante-su-clasificacion/>.
- 32 Zunzunegui. ÁOPyMV. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención . sanitaria. UNAM. México pp. 1-20; (2022).
- 33 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_merlab_final.pdf.
- 34 Planeacion SDd. Secretaria Distrital de planeacion. [Online].; 2023 [cited 2025 2 15. Available . from: sdp.gov.co.
- 35 Salud SDd. Saludata. [Online].; 2024 [cited 2025 3 20. Available from: . <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/pobreza-y-desigualdad-en-bogota-d-c/>.
- 36 Planeacion SDd. sdp. [Online].; 2024 [cited 2025 3 20. Available from: . https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/la_estratificacion_socioeconomica_de_bogota_d.c.pdf.
- 37 Secretaría de Planeación Distrital. Encuesta Multipropósito de Bogotá y la región - Visor. . [Online].; 2021 [cited 2024. Available from: <https://experience.arcgis.com/experience/dfa5a8a94d9547d1a4336e6975a13c0d/page/Inicio?draft=true&views=4.-Localidad-urbano%2C Urbano-y-rural>.
- 38 Planeacion Sd. sdp. [Online].; 2021 [cited 2025 3 20. Available from: . https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/capacidad_de_pago_2021.pdf.
- 39 Secretaria de Educación. Boletines Estadísticos por localidad. [Online].; 2022 [cited 2024. . Available from: https://www.educacionbogota.edu.co/portal_institucional/node/4255.
- 40 Salud. OMdI. Género y Salud. Tomado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>; (2018).
- 41 E.S.E. SIdSdSN. Documento de población mujeres trans. Bogotá, Colombia. Pp. 1-43 ; . (2021)..
- 42 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)..
- 43 Humanos CldD. Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos . económicos, sociales, culturales y ambientales. [Online].; 2020 [cited 2023 Agosto 15. Available from: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PersonasTransDESCA-es.pdf>.
- 44 Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá - Saludata. 2024. . Determinantes en Salud.
- 45 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).
- 46 Laboral EC. Informe final Entorno Cuidador Laboral. ; 2024.

- 47 Mujeres O. Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. [Online].; 2020 [cited 2023 . Agosto 15. Available from: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence#:~:text=Tiene%20su%20origen%20en%20la,a%20m%C3%BAltiples%20formas%20de%20violencia.>
- 48 Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Violencias de Género. . [Online].; 2018 [cited 2023 Mayo 16. Available from: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onviolenciasgenero/Paginas/home.aspx>.
- 49 Salud SIdSd. ANÁLISIS DE VIOLENCIAS DE GÉNERO EN LA PRESTACIÓN Y EN EL . AMBITO LABORAL DE LOS DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED PÚBLICA DEL DISTRITO CAPITAL. ; 2023.
- 50 Liced Marcela Morán Garreta EMPGVHMVMCLDMCVG. Abuso sexual en mujeres de 10 a . 13 años en el valle del Cauca, Colombia. [Online].; 2017 [cited 2023 Enero 10. Available from: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1913/2181>.
- 51 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).
- 52 Secretaría Distrital de Salud. Servicios de Salud y Aseguramiento - Estadísticas. [Online].; . 2024 [cited 2024 Diciembre 28. Available from: https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Documents/Derecho_fundamental_salud.pdf.
- 53 Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. [Online].; 2024 . [cited 2024 Diciembre 28. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>.
- 54 Observatorio Distrital de Salud - Secretaría Distrital de Salud. Coberturas de vacunación en . Bogotá. Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-. [Online].; 2013 – 2024 I semestre [cited 2024]. Available from: https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/cobertura_vacunacion/.
- 55 Occidente SS. Portafolio de Servicios. [Online]. [cited 2024 Diciembre 7. Available from: . <https://subredssuroccidente.gov.co/entidad-2-2/portafolio-de-servicios/>.
- 56 Salud SD. subredssuroccidente. [Online].; 2025 [cited 2025 06 06. Available from: . <https://subredssuroccidente.gov.co/entidad-2-2/portafolio-de-servicios/>.
- 57 Salud SIdSd. Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de las personas . en situación de habitanza en calle de Bogotá. ; 2024.
- 58 Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Social para Habitantes de la Calle . 2021-2031 Bogotá: MSPS; 2021.
- 59 Secretaria Distrital de Integracion social - Secretaria Distrital de Planeacion. VIII Censo de . Ciudadanos Habitantes de Calle de Bogota. 2024..
- 60 Social SDI. SDIS. [Online].; 2021 [cited 2025 1 31. Available from: . https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/15052023-Georreferenciacion-2021.pdf.
- 61 Planeación SDd. Secretaria Distrital de Planeacion. [Online].; 2024 [cited 2025 Enero 21. . Available from: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/boletin_poblacion_migrante.pdf.

- 62 Planeación SDd. [Online].; 2024 [cited 2025 Enero 21. Available from: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/boletin_poblacion_migrante.pdf.
- 63 Planeacion DNd. Departamento nacional de planeacion. [Online].; 2010 [cited 2025 01 24. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Pueblo%20Rrom%20Gitano.pdf>.
- 64 Antioquia Gd. DSSA. [Online].; 2022 [cited 2025 2 25. Available from: https://dssa.gov.co/images/asis/profundicacion-indigena/assets/cartilla_asis_profundizacion_etnica_2022.pdf.
- 65 Distrital SdP. Secretaria De Planeacion Distrital. [Online].; 2022 [cited 2025 1 23. Available from: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/caracterizacion_poblacion_afrodescendiente_bogota_2022.pdf.
- 66 Salud Sd. Secretaria de Salud. [Online].; 2023 [cited 2025 1 16. Available from: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/etnias/Analisis_pob_Raiza_Bta.pdf.
- 67 Secretaría Distrital de Salud - SDS. Calsificación 667_Rips CIE10. 2023 - junio 2024. Archivo excel por localidad.
- 68 Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad .-VEBC-. 2024..
- 69 Alcaldía Mayor de Bogotá D C. Plan Territorial de Salud Bogotá D,C., 2024-2028 "Bogotá . camina segura". Plan. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D,C., Secretaria Distrital de Salud; 2024.
- 70 Salud Md. Minsalud. [Online].; 2024 [cited 2025 3 21. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/guia-conceptual-construcion-asis-territorios.pdf>.
- 71 Competitividad CPd. [Online].; 2020 [cited 2025 Febrero 27. Available from: https://compite.com.co/blog_cpc/ algunos-desafios-del-sistema-de-salud-en-colombia/.
- 72 Segura MCP. Enfoques convencionales sobre la implementación de políticas públicas: . potencialidades,limitaciones y silencios. Mundos Plurales. 2023 Feb 2; 10(1).
- 73 Salud Md. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022 - 2031. [Online]. [cited 2024 . Diciembre 01. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>.
- 74 pueblo Dd. Política Institucional de Participación Ciudadana, y Lineamientos Generales para . su implementación. [Online]. [cited 2024 Diciembre 01. Available from: <https://www.defensoria.gov.co/documents/20123/1259041/Politica-participacion-ciudadana2022.pdf/75108ff0-3399-7f2c-114e-f865b8b55f2c?t=1698686591892>.
- 75 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>.

- 76 Occidente SS. Análisis de Condiciones, Calidad de vida, Salud y Enfermedad Localidad de . Bosa. ; 2022.
- 77 Climático IDdGdRyC. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07. Available from: <https://www.idiger.gov.co/>.
- 78 CEPAL. Enfoques, definiciones y estimaciones de pobreza y desigualdad en América Latina . y el Caribe. [Online].; 2021 [cited 2024 Diciembre 07.
- 79 Planeación Sd. Caracterización de la población migrante en Bogotá. [Online].; 2024 [cited . 2024 Diciembre 07. Available from: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/migrantes_1.pdf.
- 80 E.S.E. SIdSdSN. Análisis de violencias de género en la prestación de servicios de salud. . Bogotá, Colombia. Pp. 1-90 ; (2023).
- 81 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Análisis de Violencias de Género en la . Prestación de los Servicios de Salud. 2023..
- 82 Secretaría de Salud de Bogotá. Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Bogotá. . Informe Final. Bogotá: Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito - UNODC; 2022.
- 83 Subsistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y . violencia sexual – SIVIM-. Violencia intrafamiliar y de género en Bogotá D.C. 2013-2023..
- 84 Subsistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y . violencia sexual – SIVIM-. Violencia intrafamiliar y de género en Bogotá D.C. 2013-2023. Observatorio de Salud - Saludata.
- 85 Secretaría Distrital de Salud. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional -SISVAN -. 2005-2023..
- 86 Sistema de Estadísticas Vitales - Departamento Administrativo Nacional de Estadística. . Proporción del bajo peso al nacer en Bogotá D.C. 2012-2022-2023 (preliminar)..
- 87 Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional -SISVAN- Secretaría Distrital de Salud. . Malnutrición en niños menores de 5 años. 2023..
- 88 Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaludData. [Online].; 2023 . [cited 2024 Noviembre 14. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>.
- 89 Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional -SISVAN- Secretaría Distrital de Salud. . Malnutrición en población de 18 a 64 años en Bogotá D.C. 2011-2023..
- 90 AESTHESIS PM. Violencia de Género: Qué es y Por Qué Existe. [Online].; 2020 [cited 2025 . Enero 21. Available from: <https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/violencia-genero-existe/>.
- 91 Mujer SDl. [Online].; 2022 [cited 2025 Enero 15. Available from: https://omeg.sdmujer.gov.co/phocadownload/2023/01%20Informe_Caracterizacion_ASP.pdf.
- 92 Anciaes PR. Social Determinants Of Health [Electronico].; 2024 [cited 2025 01 16. Available . from: <https://research.ebsco.com/c/lckhto/viewer/html/swsaimifmf>.

- 93 Fuentes MU, Gonzales Block MA. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas [Documento].; 2012 [cited 2025 1 20]. Available from: https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/131209_determinantesSociales.pdf.
- 94 Social CNdPEy. POLITICA PUBLICA DE EQUIDAD DE GENERO PARA LAS MUJERES: HACIA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL PAIS [Documento].; 2022 [cited 2025 01 20]. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/Conpes/Econ%C3%B3micos/4080.pdf>.
- 95 Salud Sd. Analisis de violencias de genero en la prestacion de servicios de salud subred suroccidente. In Salud Sd, editor. Analisis de violencias de genero en la prestacion de servicios de salud subred suroccidente. Bogota: Secretaria de Salud; 2023. p. 87.
- 96 Mujer SDdl. OMEG. [Online].; 2019 [cited 2025 01 17]. Available from: https://omeg.sdmujer.gov.co/phocadownload/2019/analisis/Libro%20caracterizacion%20AS_P.pdf.
- 97 Garzon-Segura AM, Pinzon-Estrada SC, Roa-Parra S. scielo.org.co. [Online].; 2023 [cited 2025 01 18]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/prsp/n35/2389-993X-prsp-35-e20212118.pdf>.
- 98 social Mdsyp. Minsalud. [Online].; 2021 [cited 2025 01 23]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/caracterizacion-habites-calle-colombia-2017-2021.pdf>.
- 99 MinSalud. Observatorio Nacional de Migracion y Salud. [Online].; 2024 [cited 2025 01 20]. Available from: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/Paginas/Observatorio-Nacional-de-Migracion-y-Salud.aspx>.
- 10 Salud Sd. salud capital. [Online].; 2023 [cited 2025 01 20]. Available from: https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Documentos/1/2024/Bol_migrantes_2023_f.pdf.
- 10 (ODVCA) ODDVdCA. Boletin Trimestral. [Online].; 2022 [cited 2025 01 23]. Available from: <http://observatorio.victimasbogota.gov.co/sites/default/files/documentos/Boleti%C3%ADn%20Vi%C3%ADctimas%20Bogota%C3%81%20-%20Octubre%202022.pdf>.
- 10 Armado ODDVdc. Informe de medicion de indicadores de goce efectivo de derechos. 2. [Online].; 2022 [cited 2025 01 25]. Available from: <https://observatorio.victimasbogota.gov.co/sites/default/files/documentos/Informe%20IGED%202023%20Vigencia%202021.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1. Indicadores de dimensiones socioeconómica, de género y territorial, localidad Puente Aranda, 2021 – 2024

Dimensión	Categoría	Determinantes intermedios de la salud	Bogotá Dato SSO	Puente Aranda	Año del dato	Fuente
Socioeconómica	Acceso a los servicios públicos	Cobertura de servicios de electricidad (Urbano)	99,9	100	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Cobertura de acueducto (Urbano)	99,8	100	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Cobertura de alcantarillado (Urbano)	99,5	100	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Cobertura de gas natural	95,3	100	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Cobertura de recolección de basuras	99,7	97,5	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
	Ocupación - Fuerza de trabajo	Población en edad de trabajar (PET)	81,5	84,7	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Fuerza laboral (FL)	51,9	50,1	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Tasa de desempleo (TD)	13,2	8,8	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Tasa de ocupación (TO)	55,3	53,9	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Tasa global de participación (TGP)	63,7	59,1	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
	Estrato socioeconómico	Estrato 1	9,3	1,1	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Estrato 2	41,1	0,5	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Estrato 3	33,8	98,4	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Estrato 4	10,2	0,0	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Estrato 5	3,4	0,0	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Estrato 6	2,1	0,0	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Sin estrato	0,2	0,0	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
	Suficiencia de Ingresos del hogar	Se considera pobre, según el jefe de hogar	26,5	17,9	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		1. No alcanzan para cubrir los gastos mínimos	23,6	19,9	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		2. Sólo alcanzan para cubrir los gastos mínimos	54,8	57,8	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		3. Cubren más que los gastos mínimos	21,5	22,3	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
	Educación	Porcentaje de hogares con analfabetismo	2,04	1,1	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria	97,5	122,0	2022	Boletín caracterización sector educativo 2022
		Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundaria	107,3	122,6	2022	Boletín caracterización sector educativo 2022
		Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media	97,0	96,3	2022	Boletín caracterización sector educativo 2022
	Salud mental	Prevalencia de consumo actual de cualquier sustancia ilícita	4,5	3,4	2022	Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. informe final 2022
		Prevalencia de fumadores actuales	15,6	14,8	2022	Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. informe final 2022
		Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar *	578,1	503,6	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Proporción de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses	82,6	90,0	2023 p	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
		Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	16,1	15,0	2023 p	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
		Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años	6,3	5,4	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
		Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años	14,9	13,8	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
		Prevalencia de obesidad en población de 18 a 64 años	57,2	56,6	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
Género	Violencias Basadas en Género	Tasa de incidencia de violencia contra la mujer *	405,2	372,8	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
Territorial	Sistema Sanitario	Cobertura de afiliación al SGSS	100,3	99,5	2024	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
		Coberturas administrativas de vacunación con pentavalente en menores de 1 año	87,3	88,3	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
		Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en niños de 1 año	87,6	89,1	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
		Coberturas administrativas de vacunación refuerzo de triple viral menores de 5 años	83,0	84,0	2022	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
		Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	89,7	93,7	2023	Base NV Entregada por SDS
		Cobertura de parte institucional	99,9	100	2023	Base NV Entregada por SDS
		Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	99,7	99,8	2023	Base NV Entregada por SDS

* Tasa calculada por 100.000 habitantes

Anexo 2. Coberturas Plan Ampliado de Inmunización, localidad Puente Aranda, 2013 – 2024p

Año	Pentavalente	Triple viral menor a 1 año	Triple viral (Refuerzo)	2º Refuerzo DPT
-----	--------------	----------------------------	-------------------------	-----------------

2013	93,4	84,6	86,0	NA
2014	76,5	76,7	141,0	NA
2015	79,6	89,6	89,0	NA
2016	77	74,1	81,0	NA
2017	66	64,4	63,0	NA
2018	63,6	58,8	61,0	NA
2019	96,5	95,9	97,0	NA
2020	107,2	65,3	85,0	NA
2021	74,1	78	90,0	NA
2022	93,7	84	84,0	NA
2023	88,3	89,1	NA	90,0
2024 I SEMpp	53,3	37	NA	43,0

Fuente: Coberturas de vacunación en Bogotá. Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI- Observatorio Distrital de Salud - Secretaría Distrital de Salud. 2013 – 2024 I semestre

Anexo 3. Mortalidad específica por subgrupos - Grandes Causas 6/67, localidad Puente Aranda, 2019 - 2023

Enfermedades transmisibles	Hombres					Mujeres					Total				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa
1.01 Enfermedades infecciosas intestinales	0,0	2,4	0,8	0,8	0,0	3,9	0,0	3,1	1,5	4,6	2,0	1,2	2,0	1,2	2,3
1.02 Tuberculosis	0,8	0,8	5,6	0,0	1,6	1,6	0,8	0,0	0,0	0,0	1,2	0,8	2,8	0,0	0,8
1.03 Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	1,7	1,6	0,8	0,0	0,8	2,4	1,6	0,0	0,0	0,8	2,0	1,6	0,4	0,0	0,8
1.04 Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	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
1.05 Meningitis	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
1.06 Septicemia, excepto neonatal	0,0	0,0	0,8	0,0	0,8	0,0	0,8	3,1	0,0	0,0	0,0	0,4	2,0	0,0	0,4
1.07 Enfermedad por VIH (SIDA)	7,5	9,8	4,8	4,8	4,7	1,6	0,8	0,0	0,8	0,8	4,4	5,2	2,4	2,7	2,7
1.08 Infecciones respiratorias agudas	21,5	13,8	23,3	18,3	13,4	21,3	5,5	12,4	13,9	15,4	21,4	9,6	17,8	16,1	14,4
1.09 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parásitarias	1,7	222,7	430,7	53,2	4,7	1,6	114,9	230,4	38,7	6,9	1,6	167,8	328,8	45,9	5,8

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

Neoplasias	Hombres					Mujeres					Total				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa
2.01 Tumor maligno del estómago	24,0	17,1	22,5	19,8	16,5	12,6	5,5	9,3	14,7	20,8	18,2	11,2	15,8	17,2	18,7
2.02 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoididea	12,4	9,8	9,6	15,9	7,9	15,8	10,2	13,2	13,9	11,6	14,2	10,0	11,4	14,9	9,7
2.03 Tumor maligno De los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	13,3	22,8	23,3	20,6	18,9	25,3	11,7	17,1	19,4	23,1	19,4	17,1	20,1	20,0	21,0
2.04 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	9,1	13,0	10,4	4,0	11,0	11,1	4,7	10,9	10,1	5,4	10,1	8,8	10,7	7,1	8,2
2.05 Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,8	2,4	1,6	2,4	1,6	0,0	0,8	0,0	1,5	2,3	0,4	1,6	0,8	2,0	1,9
2.06 Tumor maligno de la mama de la mujer	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	18,2	27,4	24,0	15,5	19,3	9,3	13,9	12,2	8,2	9,7
2.07 Tumor maligno del cuello del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,7	6,3	6,2	4,6	6,2	2,4	3,2	3,2	2,4	3,1
2.08 Tumor maligno del cuerpo del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,7	3,1	3,1	1,5	3,9	2,4	1,6	1,6	0,8	1,9
2.09 Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,5	0,8	0,0	0,8	3,1	4,9	0,4	0,0	0,4	1,6
2.10 Tumor maligno de la próstata	20,7	19,5	19,3	13,5	18,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,1	9,6	9,5	6,7	9,3
2.11 Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	8,3	150,3	3,2	5,6	5,5	7,1	214,2	10,9	10,1	6,2	7,7	182,9	7,1	7,8	5,8
2.12 Leucemia	6,6	7,3	8,0	4,0	3,9	3,2	6,3	2,3	7,7	3,1	4,9	6,8	5,1	5,9	3,5
2.13 Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	14,9	9,8	8,8	9,5	7,9	5,5	6,3	4,7	6,2	6,9	10,1	8,0	6,7	7,8	7,4
2.14 Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	19,1	13,8	16,9	16,7	21,2	20,5	15,6	23,3	22,5	17,7	19,8	14,7	20,1	19,6	19,5
2.15 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	12,4	5,7	8,0	6,4	8,7	13,4	5,5	10,1	7,0	7,7	12,9	5,6	9,1	6,7	8,2

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

Enfermedades sistema circulatorio	Hombres					Mujeres					Total				
	2019 Tasa	2020 Tasa	2021 Tasa	2022 Tasa	2023 Tasa	2019 Tasa	2020 Tasa	2021 Tasa	2022 Tasa	2023 Tasa	2019 Tasa	2020 Tasa	2021 Tasa	2022 Tasa	2023 Tasa
3.01 Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	0,8	0,0	0,0	0,0	3,2	0,4	0,0	0,0	0,0
3.02 Enfermedades hipertensivas	13,3	14,6	18,5	14,3	11,8	23,7	18,8	21,7	29,4	24,7	18,6	16,7	20,1	22,0	18,3
3.03 Enfermedades isquémicas del corazón	100,3	74,0	137,4	103,2	109,4	90,1	59,4	124,1	103,0	98,0	95,1	66,5	130,6	103,1	103,6
3.04 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	7,5	8,1	24,9	23,8	16,5	15,0	14,9	18,6	20,1	15,4	11,3	11,6	21,7	22,0	16,0
3.06 Insuficiencia cardíaca	1,7	2,4	3,2	1,6	1,6	3,2	0,8	3,1	3,1	0,8	2,4	1,6	3,2	2,4	1,2
3.07 Enfermedades cerebrovasculares	25,7	22,8	30,5	30,2	29,9	40,3	17,2	41,9	39,5	35,5	33,2	19,9	36,3	34,9	32,7
3.08 Arteriosclerosis	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
3.09 Las demás enfermedades del sistema circulatorio	8,3	8,9	16,9	17,5	7,9	6,3	3,9	8,5	9,3	8,5	7,3	6,4	12,6	13,3	8,2

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

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

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

Causas externas	Hombres					Mujeres					Total				
	2019 Tasa	2020 Tasa	2021 Tasa	2022 Tasa	2023 Tasa	2019 Tasa	2020 Tasa	2021 Tasa	2022 Tasa	2023 Tasa	2019 Tasa	2020 Tasa	2021 Tasa	2022 Tasa	2023 Tasa
5.01 Accidentes de transporte terrestre	15,7	13,0	16,1	23,0	18,9	4,7	0,8	3,9	3,9	6,9	10,1	6,8	9,9	13,3	12,9
5.02 Los demás accidentes de transporte y los no especificados	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
5.03 Caidas	1,7	4,9	7,2	4,8	4,7	3,9	0,8	3,9	2,3	0,8	2,8	2,8	5,5	3,5	2,7
5.05 Ahogamiento y sumersión accidentales	0,8	0,8	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,4	0,4	0,8	0,0	0,4
5.06 Accidentes que obstruyen la respiración	0,8	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,4	0,0	0,8	0,0	0,8
5.07 Exposición a la corriente eléctrica	0,0	0,0	0,8	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0
5.08 Exposición al humo, fuego y llamas	0,8	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
5.09 Envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas	0,0	0,0	0,0	2,4	0,8	0,0	0,8	0,0	0,8	0,0	0,4	0,0	1,6	0,4	0,4
5.10 Los demás accidentes	2,5	0,0	4,0	1,6	1,6	2,4	1,6	1,6	0,0	0,8	2,4	0,8	2,8	0,8	1,2
5.11 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	8,3	6,5	8,0	10,3	7,1	2,4	0,0	1,6	1,5	3,9	5,3	3,2	4,7	5,9	5,5
5.12 Agresiones (homicidios)	29,8	22,8	14,5	7,9	11,8	1,6	0,0	1,6	1,5	2,3	15,4	11,2	7,9	4,7	7,0
5.13 Eventos de intención no determinada	5,8	9,8	1,6	4,0	7,9	2,4	0,8	0,0	0,8	0,8	4,0	5,2	0,8	2,4	4,3
5.14 Las demás causas externas	0,0	0,8	0,8	0,8	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

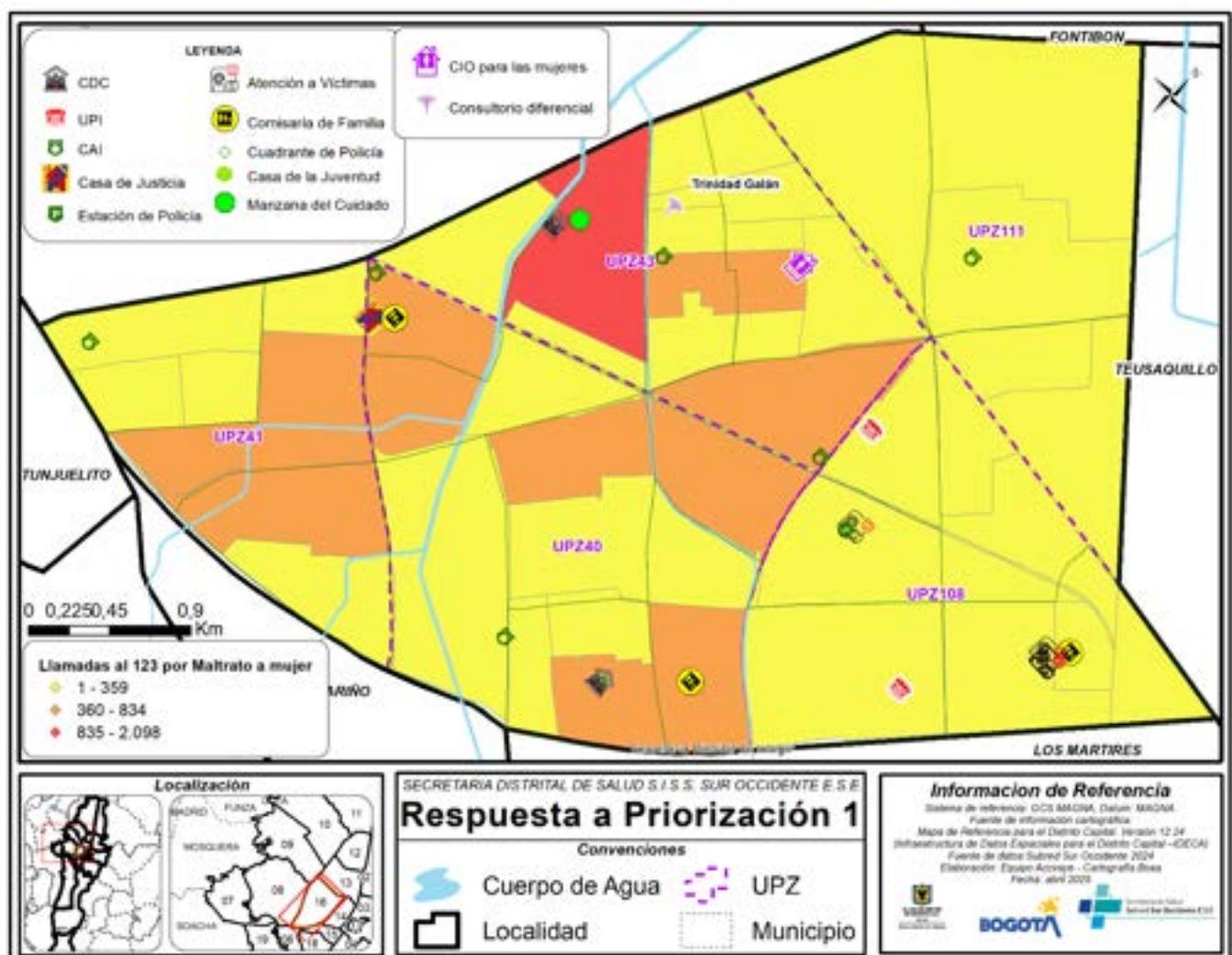
Las demás causas	Hombres					Mujeres					Total				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa
6.01 Diabetes mellitus	17,4	17,9	20,9	16,7	16,5	17,4	9,4	22,5	10,8	10,0	17,4	13,5	21,7	13,7	13,2
6.02 Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	0,0	0,8	4,0	2,4	0,8	2,4	2,3	0,0	3,9	2,3	1,2	1,6	2,0	3,1	1,6
6.03 Trastornos mentales y del comportamiento	2,5	13,0	4,8	7,9	4,7	3,9	10,9	7,8	10,8	6,2	3,2	12,0	6,3	9,4	5,5
6.04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	19,1	7,3	20,1	19,1	26,0	15,0	17,2	23,3	31,7	26,2	17,0	12,4	21,7	25,5	26,1
6.05 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	43,1	16,3	24,9	31,8	29,1	45,8	16,4	21,7	39,5	42,4	44,5	16,3	23,3	35,7	35,8
6.06 Resto de enfermedades del sistema respiratorio	14,1	4,9	12,1	7,9	11,8	11,1	6,3	4,7	7,7	9,3	12,5	5,6	8,3	7,8	10,5
6.07 Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	5,8	6,5	6,4	4,0	8,7	3,2	3,1	5,4	5,4	10,8	4,4	4,8	5,9	4,7	9,7
6.08 Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	9,9	7,3	5,6	7,9	7,9	4,7	4,7	9,3	4,6	9,3	7,3	6,0	7,5	6,3	8,6
6.09 Resto de enfermedades del sistema digestivo	23,2	17,1	16,1	16,7	21,2	22,1	17,2	26,4	21,7	27,8	22,7	17,1	21,3	19,2	24,5
6.10 Enfermedades del sistema urinario	12,4	8,9	24,1	13,5	6,3	11,8	11,7	17,8	17,8	13,9	12,1	10,4	20,9	15,7	10,1
6.11 Hiperplasia de la próstata	0,0	2,4	0,8	1,6	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,4	0,8	1,6
6.12 Embarazo, parto y puerperio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	2,3	0,8	0,0	0,4	0,0	1,2	0,4	0,0
6.13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5,0	6,5	4,8	1,6	5,5	2,4	3,9	1,6	0,8	1,5	3,6	5,2	3,2	1,2	3,5
6.14 Resto de enfermedades	19,9	7,3	18,5	19,1	15,7	16,6	11,7	20,2	19,4	21,6	18,2	9,6	19,3	19,2	18,7

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

Signos y síntomas mal definidos	Hombres					Mujeres					Total				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa
0.00 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	8,3	6,5	8,0	7,1	7,9	6,3	2,3	3,1	2,3	0,8	7,3	4,4	5,5	4,7	4,3

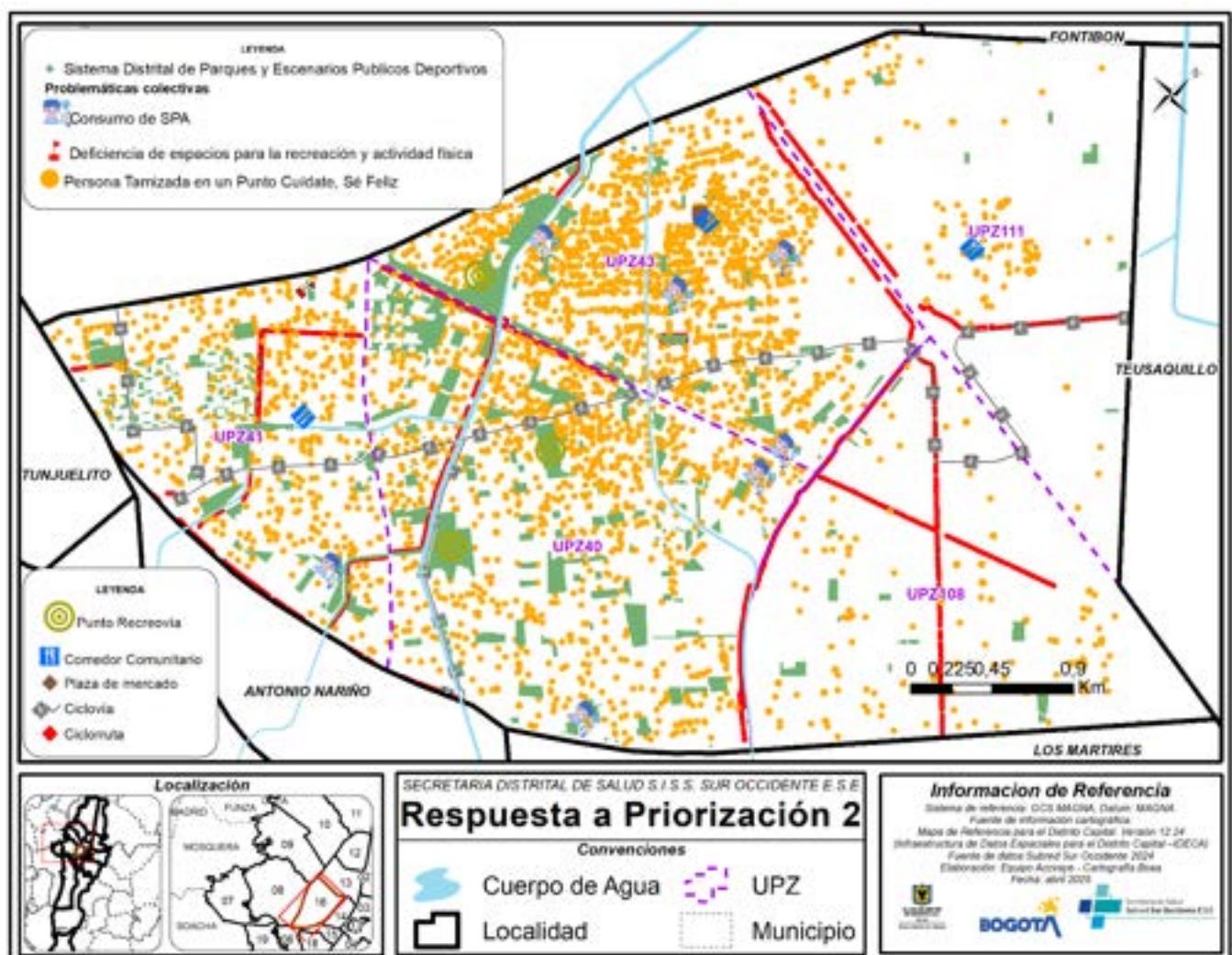
Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

Anexo 4. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la Priorización 1 de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

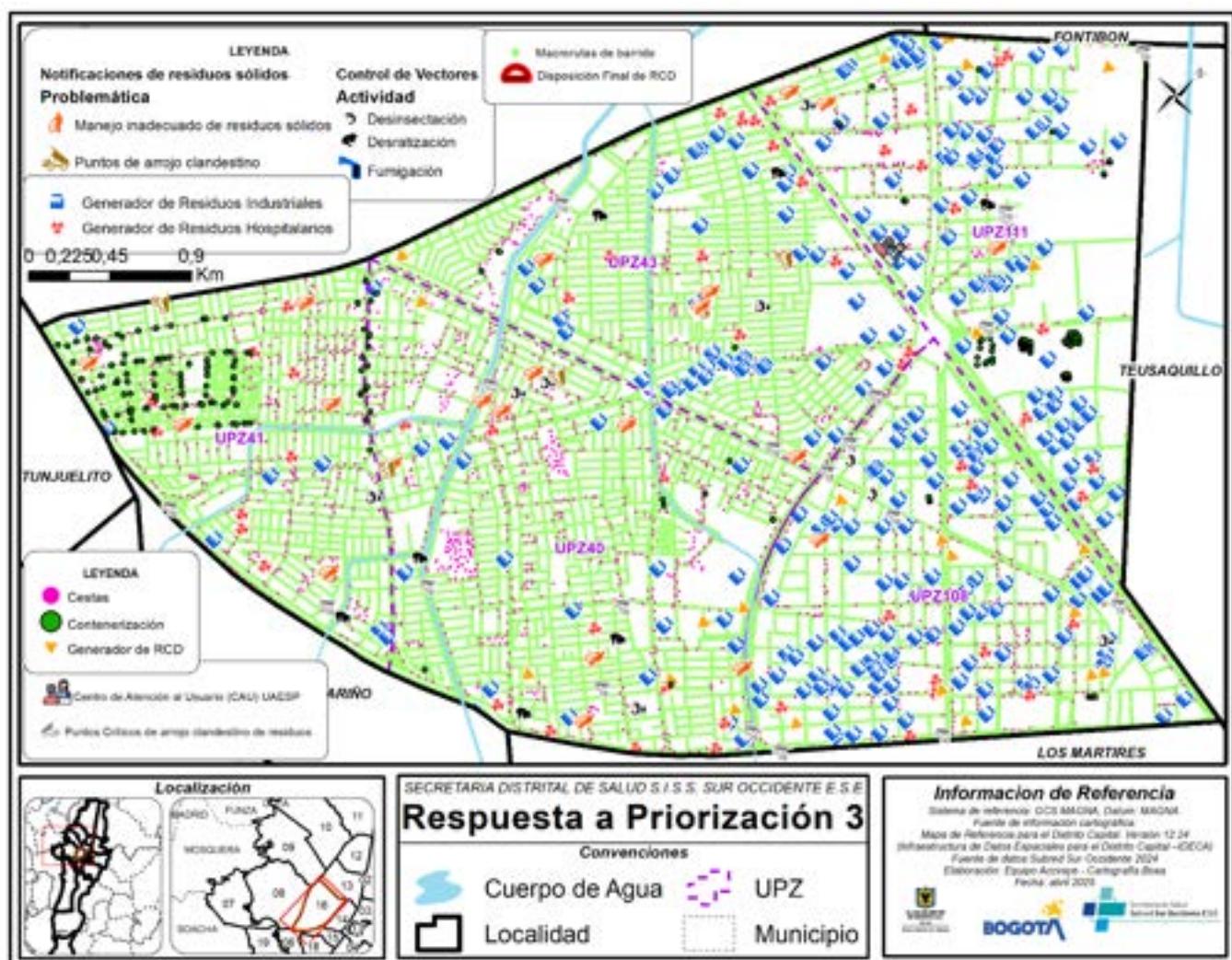
Anexo 5. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la Priorización 2 de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Entorno Cuidador Comunitario, 2020 – 2022*- Base problemáticas colectivas VEBC - SDS, 2023 a 2024**. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

*primer semestre 2022 (parcial y preliminar) **primer semestre 2024 (parcial y preliminar)

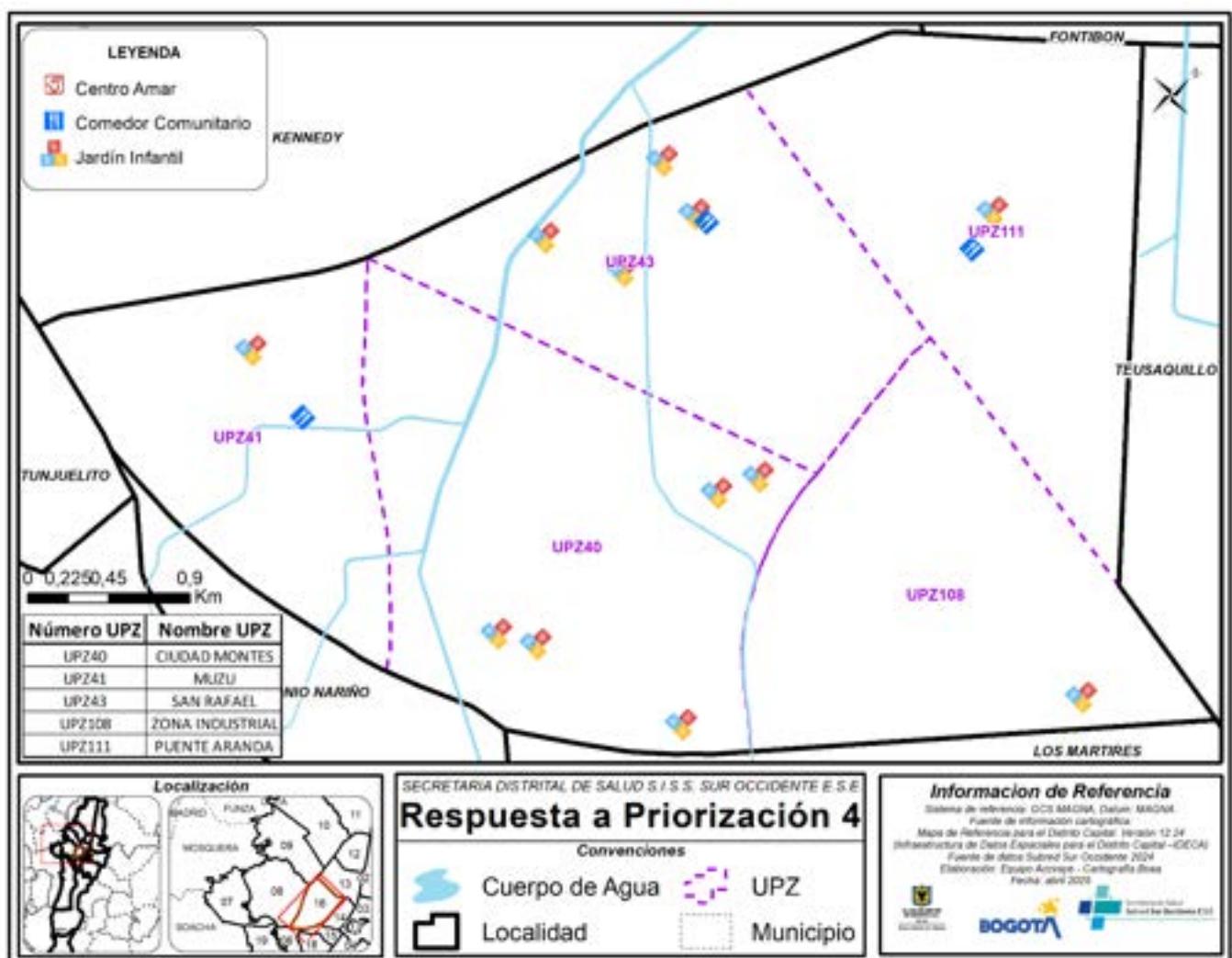
Anexo 6. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la Priorización 3 de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2020 a 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024 - Base problemáticas colectivas VEBC - SDS, 2023 a 2024*. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

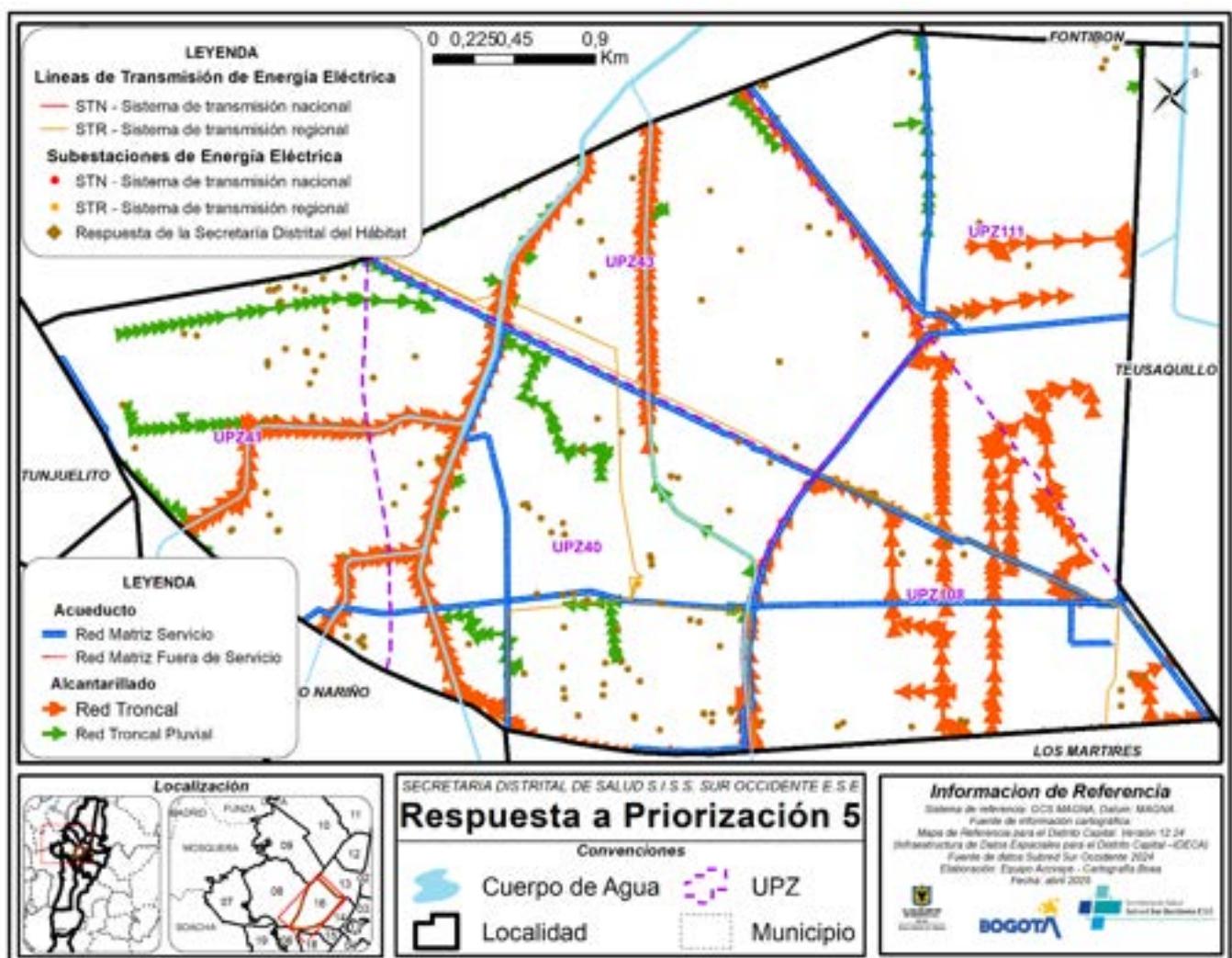
*primer semestre 2024 (parcial y preliminar)

Anexo 7. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la Priorización 4 de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

Anexo 8. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la Priorización 5 de la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.



SECRETARÍA DE
SALUD

