



# Diagnóstico

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

19 Localidad Ciudad Bolívar



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



SECRETARÍA DE  
SALUD



**Alcalde Mayor de Bogotá**

Carlos Fernando Galán Pachón

**Secretario Distrital de Salud**

Gerson Orlando Bermont Galavis

**Subsecretario de Salud Pública**

Julián Alfredo Fernández Niño

**Coordinación general del documento**

**Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión**

**de Políticas de Salud Colectiva**

María Belén Jaimes Sanabria

**Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública**

Diana Marcela Walteros Acero

**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**

María Fernanda Muñoz Cárdenas - Socióloga

Edith Miyeri Segura Valdés - Epidemióloga

Christian David López Cantor - Geógrafo

Lorena Novoa López - Socióloga

Ángela Andrea Ramírez Suárez - Salubrista Líder Operativa

**Coordinación Editorial**

**Oficina Asesora de Comunicaciones**

**Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones**

Estefanía Fajardo De la Espriella

**Fotografía portada**

<https://odt.gov.co>

**Secretaría Distrital de Salud**

Carrera 32 # 12-81

Comutador: 364 9090

Bogotá, D. C. - 2025

## Contenido

INTRODUCCIÓN .....	4
Marco conceptual.....	5
Metodología .....	9
CAPÍTULO 1. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO .....	13
Contexto Político administrativo .....	13
Condiciones ecológico – ambientales .....	15
Condiciones socio económicas.....	22
Estrato Socio económico .....	24
Estructuración poblacional y demográfica .....	25
Población y estructura demográfica.....	25
Población diferencial .....	29
Acceso a bienes y servicios.....	33
Conclusiones .....	39
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 .....	40
Eje socioeconómico.....	41
Eje Género .....	46
Eje poblacional .....	49
Eje Territorial .....	51
CONCLUSIONES .....	55
CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO .....	56
3.1 Configuración de la Morbilidad en la localidad:.....	56
Morbilidad de eventos de notificación obligatoria. .....	66
3.2 Configuración de la Mortalidad en la localidad:.....	68
Mortalidad General .....	68
Mortalidad por Grandes Causas 6/67 .....	72
Mortalidad específica subgrupos, grandes causas 6/67 .....	75
3.3 Eventos trazadores en salud pública .....	86
3.4 Problemáticas y necesidades ambientales.....	88
3.5 Problemáticas de salud en relación con los núcleos de inequidad .....	89
Conclusiones .....	93
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO .....	95

4.1 Análisis de la respuesta intersectorial, sectorial y social con énfasis en avances y limitaciones .....	95
4.2 Reflexiones finales:.....	123
CAPÍTULO V. CAPÍTULO V PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO .....	124
5.1 Introducción al proceso de priorización .....	124
5.2 Metodología usada para la priorización.....	127
5.3 Reflexiones finales .....	133
CAPÍTULO VI. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022 — 2031, PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL, PLAN TERRITORIAL DE SALUD Y MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MAS BIENESTAR.....	137
Salud Materno-Infantil .....	137
Salud Ambiental .....	138
Barreras de Acceso .....	138
Salud Alimentaria y Nutricional.....	138
Consumo Problemático de SPA .....	139
Violencia Intrafamiliar .....	139
BIBLIOGRAFÍA.....	140

## 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 Ciudad Bolívar 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” (Secretaría Distrital de Salud, 2024, pág. 9). 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 (1)

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 Ciudad Bolívar 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 (1).

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(3).

En el marco del Plan Territorial de Salud (PTS) 2024-2027(4), se han definido una serie de estrategias a las que el sector salud, en colaboración con diversos sectores de la ciudad de Bogotá, orienta sus esfuerzos para mejorar las condiciones de salud de los residentes en los diferentes territorios. Cada localidad presenta particularidades en los comportamientos en salud, influenciadas por determinantes sociales de la salud, que se abordaron en el capítulo II. Además, la gobernanza y gobernabilidad, aunque opera de manera general en todas las localidades, puede mostrar desarrollos diferenciados según el territorio.

Para comprender los procesos de salud y enfermedad en los territorios, es fundamental partir de una perspectiva local y categorizar las necesidades y problemáticas que afectan a las poblaciones. En este sentido, el PTS 2024-2027 proporciona las problemáticas de ciudad a 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 sociosanitaria 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(3). 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(3).

Para el ASIS se han definido los siguientes núcleos de inequidad:

Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud (oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e integralidad)

Este núcleo tiene que ver con las situaciones de accesibilidad que tiene la población para ser atendida y de qué manera es atendida, por ello contempla tres categorías de análisis que califican el acceso efectivo en salud: 1) acceso en costos, suficiencia, comprensión y aseguramiento en salud; 2) distribución en la oferta de servicios y la planeación del territorio para atender la población; 3) calidad en la atención en cuanto a la oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e infraestructura (31) .

Inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en Ciudad Bolívar que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población

Para este núcleo se contemplan las dificultades poblacionales en cuanto a sus características socioeconómicas, culturales, territoriales, e institucionales. En este sentido, para una mayor comprensión se han agrupado en 6 categorías que den cuenta de las inequidades poblacionales: 1) situaciones y condiciones socioeconómicas en cuanto a la capacidad de ingresos, nivel educativo, empleo y condiciones de vivienda; 2) demografía en relación a la edad, género y grupo poblacional diferencial o en situación de vulnerabilidad; 3) situaciones y condiciones socioambientales, 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 complemente la oferta intersectorial o la carencia de la misma para atender a los diferentes grupos poblacionales (31) .

## 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 3 categorías que den cuenta de la gobernanza y gobernabilidad en los distintos niveles de gestión pública: 1) Gobernabilidad en cuanto a la estructura de la autoridad sanitaria, 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 (31) .

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

Para este núcleo de inequidad se integra aquello que tiene que ver con lo relacionado a la prevención de emergencias y desastres específicamente en 3 categorías que dan cuenta de los procesos de planeación y ejecución en caso de cualquier tipo de emergencia o desastre: 1) Prevención en cuanto a la infraestructura, preparación y coordinación entre actores; 2) Alerta en cuanto a la infraestructura, preparación y coordinación entre actores; 3) Respuesta en cuanto a la infraestructura, preparación y coordinación entre actores (31).

De esta manera, en el capítulo III es posible entender con mayor profundidad de qué manera los indicadores en salud de la localidad, se articulan a los determinantes sociales de la salud esbozados en el capítulo II y al mismo tiempo, a los núcleos de inequidad.

### Objetivo general

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

### Objetivos específicos

Comprender integralmente la realidad territorial de Ciudad Bolívar.

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. Para 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, la cual incluye características específicas que permiten identificar espacialmente las zonas vulnerables y su potencial impacto en áreas residenciales.

El primer capítulo se enfoca en una caracterización descriptiva de las poblaciones diferenciales, tomando como referencia diversas fuentes de información, tales como observatorios, informes y documentos previamente elaborados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, en los cuales se utilizaron procesos de superposición de capas, haciendo uso de concentraciones de calor, polígonos, líneas y puntos. 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 Sur 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 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 ENO 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 con lo identificado y analizado en los capítulos precedentes, se procedió a la construcción de la problemáticas y necesidades sociales y ambientales de la localidad Ciudad Bolívar, 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.

**Capítulos 4:** Para el desarrollo de este capítulo, se retomaron tanto fuentes secundarias como primarias que permitieron 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, las cuales fueron sistematizadas en la matriz adaptada de los lineamientos nacionales para este ejercicio local. Los resultados derivados del proceso de codificación en Atlas.ti también aportaron información valiosa para este análisis.

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

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 institucional y la variable poblacional:

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

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

Donde:

- $\sum$  Respuestas: Total de acciones institucionales georreferenciadas
- Problemática: Número de casos de la situación o evento de salud
- Variable poblacional: Población base utilizada para normalizar el indicador

Luego de calcular el ratio para cada problemática, se utilizaron percentiles para establecer los rangos que definieron los colores por Unidad de Planeamiento Zonal (en adelante UPZ), donde la gama de verdes oscuros presenta alta respuesta y la gama de verdes claros una respuesta institucional baja.

Capítulo 5: Se utilizó la metodología Hanlon adaptada a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual contempló para la priorización los siguientes criterios:

**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.

**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.

**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.

**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, factibilidad económica, aceptabilidad, disponibilidad de recursos y 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.

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 1. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

### ***Contexto Político administrativo***

Administrativamente, Bogotá está dividido en 20 localidades (5), siendo Ciudad Bolívar la localidad 19 y ubicándose al suroccidente de Bogotá, la cual cuenta con una extensión de 13.000 hectáreas (ha.), representando el 7,9% del total de extensión de la ciudad (6).

La localidad limita por el norte con la Autopista Sur, que la separa de la localidad de Bosa. Por el sur, el río Chisacá marca el borde con la localidad de Usme. Hacia el oriente, los ríos Tunjuelo y Chisacá la dividen de las localidades de Tunjuelito y Usme. Finalmente, por el occidente, la localidad limita con el municipio de Soacha, que cuenta con características derivadas de un crecimiento demográfico significativo, en gran parte por el conflicto armado en Colombia. Lo anterior ocasionó que en esta zona se concentraran poblaciones en condiciones de alta vulnerabilidad y pobreza, que buscan una mejor calidad de vida y aprovechan la cercanía con la capital del país, así como un menor costo de vida, no solo en servicios, sino en el valor del suelo (7).

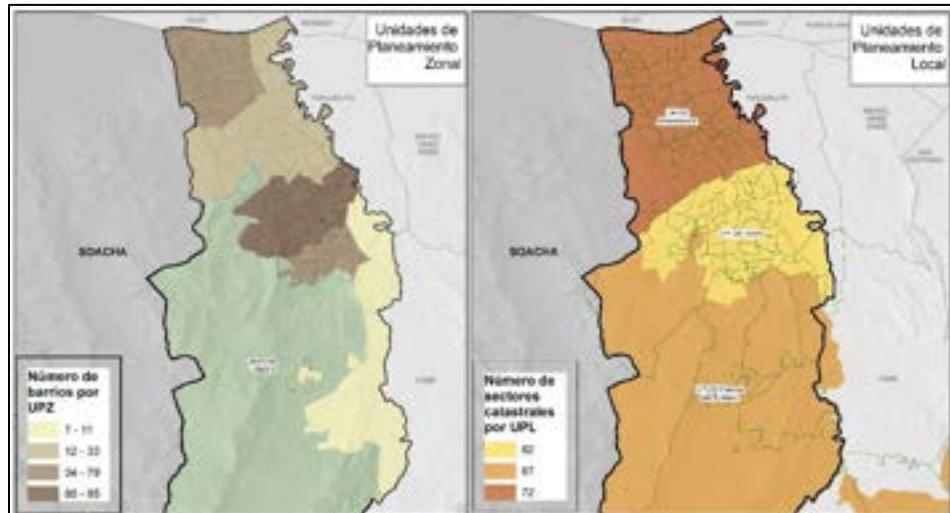
El suelo rural de la localidad de Ciudad Bolívar se encuentra dentro de la Reserva Forestal Protectora-Productora Cuenca Alta del Río Bogotá, clasificada dentro de la Estructura Ecológica Principal. Los beneficios ambientales de estos ecosistemas son altamente importantes para el Distrito Capital y los municipios vecinos. La Unidad de Planeamiento Rural 3 (UPR3) Río Tunjuelo cuenta con 15 veredas, y algunas de ellas son compartidas con la localidad de Usme. Las de mayor extensión son Pasquilla, Mochuelo Alto Rural y Las Mercedes; las de menor extensión son Bella Flor Sur Rural y El Mochuelo IV. En la zona rural se vienen desarrollando procesos de urbanización, lo cual ha desplazado a la población vinculada con actividades agropecuarias (8).

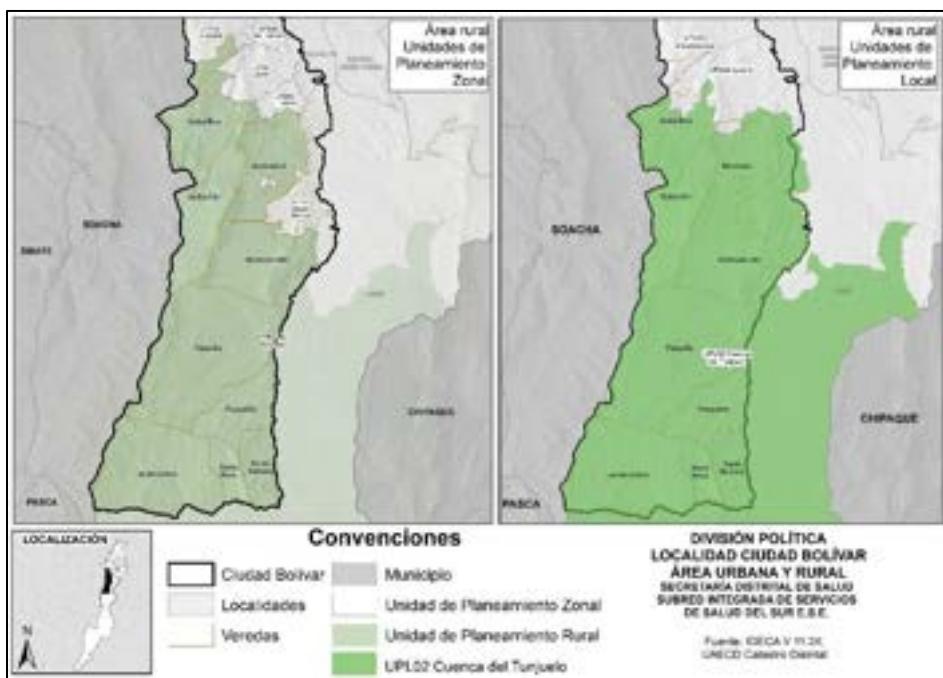
De acuerdo con Planeación Distrital, las localidades se dividen en Unidades de Planeamiento Zonal - UPZ, las cuales tienen como propósito definir y precisar el planeamiento del suelo urbano, respondiendo a la dinámica productiva de la ciudad y a su inserción en el contexto regional, involucrando a los actores sociales en la definición de aspectos de ordenamiento y control normativo a escala zonal (9) y son la escala intermedia de organización entre los barrios y las localidades. Es

necesario tener en cuenta que, según el Plan de Ordenamiento Territorial Bogotá Reverdece 2022-2035, se ordenó el territorio de acuerdo con sus equivalencias poblacionales, correspondencia, determinantes ambientales, históricas y culturales de su ocupación, accesibilidad a servicios, entre otros, con lo cual se delimitaron unas nuevas Unidades de Planeamiento Local – UPL (10). Sin embargo, el presente documento utilizará las Unidades de Planeamiento Zonal para el análisis territorial, debido a la disponibilidad de la información, ya que los datos se encuentran desagregados por UPZ.

A su vez, Ciudad Bolívar cuenta con 126 sectores catastrales, tanto de suelo urbano, como rural y de expansión, definidos por su dinámica productiva, inserción en el contexto regional, aspectos de ordenamiento y participación de actores sociales. Este comprende los barrios en el área urbana, las veredas en el área rural, y mixtos en las áreas rurales con características urbanas. Su extensión geográfica es el área urbana y rural del Distrito Capital (11). La UPR3 Río Tunjuelo está compartida con la localidad Usme, la cual cuenta con 9 veredas en el territorio de Ciudad Bolívar y son Mochuelo Bajo, Santa Bárbara, Las Mercedes, Quiba Alta, Quiba Baja, Santa Rosa, Mochuelo Alto, Pasquillita y Pasquilla (ver mapa 1).

Mapa 1. Localización y división administrativa urbana y rural - Unidad de Planeamiento Zonal y Rural y Unidad de Planeamiento Local, Localidad Ciudad Bolívar, 2024





Fuente: Elaboración propia, Datos IDECA 2024

Finalmente, la localidad pertenece a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, la cual, brinda a través de un Modelo basado en la Atención Primaria Social, integral e integrado, servicios de salud enfocados a una gestión del riesgo. La Subred presta estos servicios de salud a la ciudadanía que habita en territorio urbano y rural de las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Sumapaz (12). La zona Sur consolida el 3% (n=634) de sedes de prestadores de servicios de salud en el Distrito, teniendo a Ciudad Bolívar como la más representativa con el 1,5%, seguida de la localidad de Tunjuelito con el 1.1% y Usme con 0,8% de representación a nivel distrital. La localidad con la menor cantidad de sedes es Sumapaz con un 0,01%.

### ***Condiciones ecológico – ambientales***

La zona con menor elevación de la localidad se ubica en los 2.547 metros sobre el nivel del mar (msnm), la cual se eleva hacia el occidente hasta los 3.790 msnm. La topografía de Ciudad Bolívar está compuesta por terrenos planos y ligeramente ondulados, localizados particularmente al norte, en las UPZ65 Arborizadora Baja y la parte baja de UPZ69 Ismael Perdomo. También cuenta con terrenos con pendientes bastante pronunciadas ubicados a 2.900 msnm hacia el occidente de la localidad, en las UPZ68 El Tesoro, UPZ67 Lucero y la zona alta de la UPZ69 Ismael Perdomo.

Al estar ubicada al suroccidente de Bogotá, Ciudad Bolívar cuenta en promedio, con temperaturas más altas con respecto a zonas colindantes a la Reserva Forestal Protectora del Bosque Oriental de Bogotá, siendo una de las localidades de la ciudad que registró una mayor temperatura anual en 2022 (por encima de los 15,2°C), lo cual tiene relación con su baja cobertura arbórea.

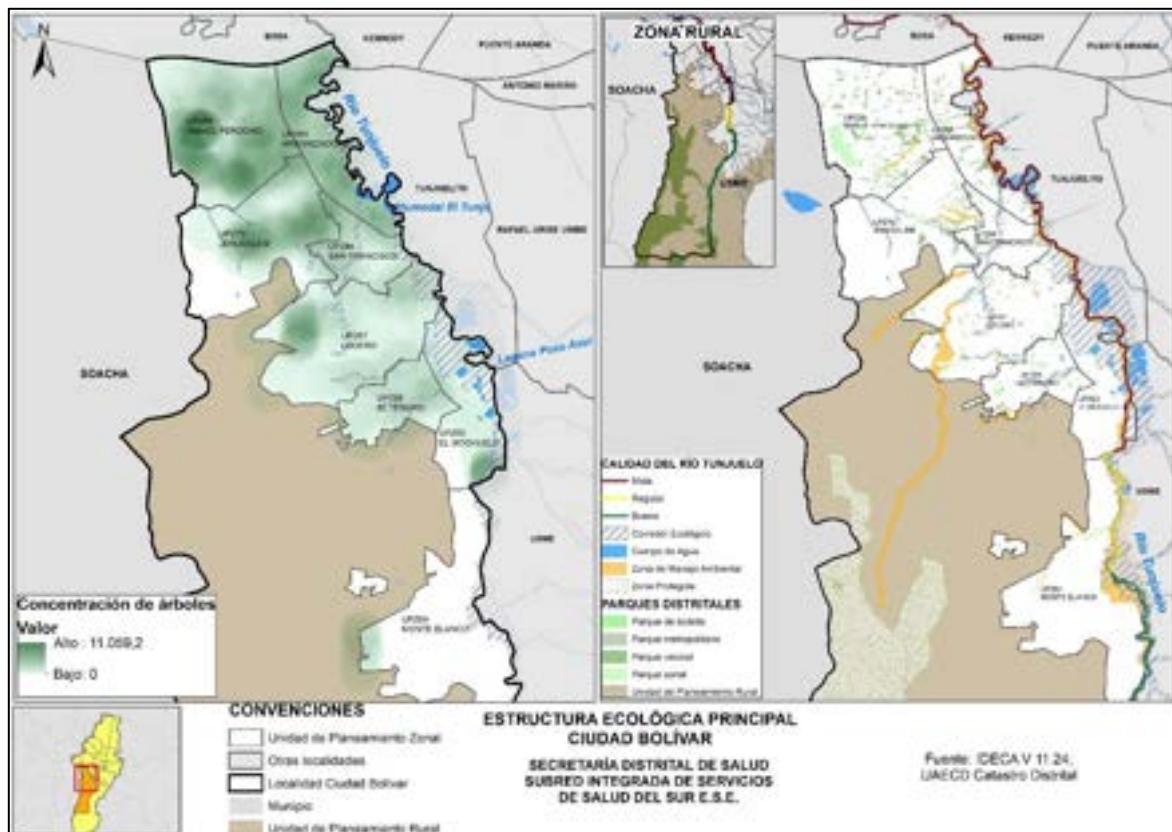
Por otra parte, la estructura ecológica principal de la localidad es un área que conforma espacios y corredores para mantener, conservar y recuperar la biodiversidad, los procesos ecológicos esenciales y en general los recursos naturales. Se compone de cuatro elementos, los cuales son el Sistema de Áreas Protegidas, los Parques urbanos, los Corredores Ecológicos y el Área de Manejo Especial del Río Bogotá (9). El indicador de árboles en la localidad también es un elemento importante en esta estructura, puesto que, junto con los demás elementos de la estructura ecológica, aportan al mejoramiento de la calidad del aire, del agua, y, por consiguiente, la calidad de vida de los habitantes.

El territorio de la localidad pertenece a la cuenca del río Tunjuelo cuyas principales corrientes de agua son la quebrada Limas, quebrada Trompeta, quebrada Paso Colorado, quebrada la Horqueta, quebrada Santa Helena, entre otros afluentes que recorren la localidad. A pesar de que la cuenca es aprovechada en su parte alta para el acueducto de Bogotá, al pasar por la ciudad se va convirtiendo en un receptor de aguas lluvias y negras fuertemente contaminadas. Adicionalmente existen nacimientos y otros cuerpos hídricos de aguas cristalinas que son utilizadas para el abastecimiento de acueductos rurales y comunitarios en la zona, como el nacimiento Pantano de la Lechuza, Quebrada Guaduas, Quebrada la Porquera, Los Ajos y la Quebrada Soacha (13). La disponibilidad de agua debido a las condiciones geomorfológicas (cercanía a ecosistema subxerófítico) de la localidad en su componente rural, han sido a través del tiempo un reto para las administraciones y la población de las veredas. Además, la expansión de la frontera urbana sobre el componente rural ha presionado o limitado la capacidad de brindar el servicio de acueducto idóneo (14).

Por otra parte, los árboles cumplen diversas funciones y mejoran la calidad ambiental urbana. Capturan dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), producen oxígeno, son reguladores de la temperatura, sirven como hábitat a especies tanto animales como vegetales, mejoran la calidad paisajística, entre otros. Su importancia se acentúa en una gran urbe como Bogotá donde se concentra una gran cantidad de población y al tiempo diversas fuentes de contaminación fijas y móviles, que a su vez constituyen un factor de morbilidad para dicha población (8), siendo, además, una estrategia frente al cambio climático. Según el Jardín Botánico de Bogotá, a 2024 la localidad cuenta con alrededor de 60.563 árboles, los cuales se encuentran en su mayoría en la UPZ69 Ismael Perdomo (en barrios como Sierra Morena III, y parques como Altos de La Estancia) y UPZ65 Arborizadora (en Madelena, Arborizadora Baja, Protecho) cuentan con el 32,2% y el 24,8% de los árboles urbanos de la localidad respectivamente. La UPZ64 Monte Blanco y UPZ68 El Tesoro, son las que cuentan con menor cantidad de árboles como se observa en el

*Mapa 2.* La siembra de árboles en la ciudad tiene una limitante en la disponibilidad de espacio público, que además de ser reducida compite con la continua demanda de espacio para construcción de vivienda y otras actividades para el funcionamiento de la ciudad que generan presión y aminoran aún más su disponibilidad (8)

Mapa 2. Estructura Ecológica Principal, Ciudad Bolívar, 2024



Fuente: Datos Infraestructura Datos Espaciales de Bogotá (IDECA), 2024.

Los corredores ecológicos de la localidad se ubican en las zonas de influencia del río Tunjuelo, alcanzando una gran presencia de éstos en la UPZ63 El Mochuelo y UPZ64 Monteblanco. Sin embargo, estas zonas corresponden con las de menor densidad poblacional en la localidad, por lo cual hay menos elementos expuestos en caso de eventos de inundación y deslizamiento.

Por otro lado, el Índice Bogotano de Calidad del Aire y Riesgo en Salud (IBOCA), es un instrumento que sirve para comunicar de forma articulada, sencilla y oportuna el estado de la calidad del aire, el riesgo para la salud humana por contaminación del aire y el correspondiente nivel de actuación o respuesta intersectorial. Por esta razón, el IBOCA orienta la toma de decisiones individuales, poblacionales e institucionales para disminuir la exposición a la contaminación atmosférica y prevenir afectaciones en la salud de las personas y el ambiente (15). Para 2023, Ciudad Bolívar contó con una estación de monitoreo de contaminantes, llamada Ciudad Bolívar y ubicada en el barrio

Sierra Morena en la UPZ69 Ismael Perdomo y por cercanía con las mediciones de la estación Carvajal-Sevillana ubicada en la localidad Kennedy, pero a pocos metros de Ciudad Bolívar (ver

Mapa 2)

El IBOCA se calcula a partir de las concentraciones de materiales contaminantes atmosféricos denominados material particulado (PM por sus siglas en inglés) los cuales se refieren a un conjunto de partículas sólidas y líquidas suspendidas en el aire emitidas por diferentes fuentes, bien sean de origen natural o antrópica y fija o móvil. Las partículas menores a 10 micrómetros son especialmente peligrosas porque pueden penetrar profundamente en los pulmones y alcanzar el torrente sanguíneo, provocando graves consecuencias tanto cardíacas como respiratorias. A nivel cardíaco, pueden causar muerte prematura en personas con enfermedades preexistentes, infartos no mortales y latidos irregulares, mientras que a nivel respiratorio producen agravamiento del asma, reducción de la función pulmonar, irritación de las vías respiratorias, tos, dificultad para respirar y también muerte prematura en personas con enfermedades pulmonares. Estos efectos son especialmente severos en tres grupos vulnerables: personas con enfermedades cardíacas o pulmonares preexistentes, niños y adultos mayores (16).

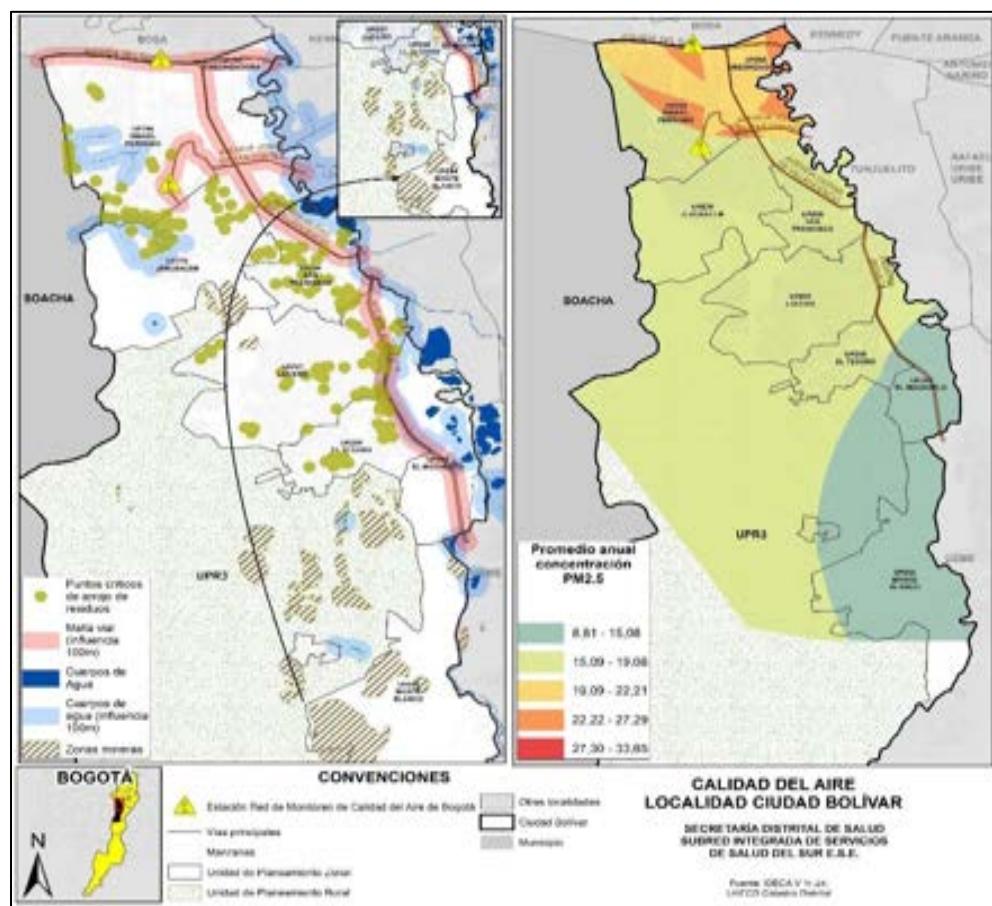
Para 2023, el norte de Ciudad Bolívar presentó las concentraciones más altas de PM2.5 en el Distrito, con un rango entre 40 y 53  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  (el máximo diario permitido es 37  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ), ya que la estación Carvajal-Sevillana presentó el mayor número de datos diarios sobre el límite máximo, con 45 registros y la Ciudad Bolívar con 9 registros, pese a que en general se registró una leve disminución comparándose con el año inmediatamente anterior (17)

La calidad del aire se ve afectada por el manejo inadecuado de residuos sólidos, los cuales suponen una problemática principal en la localidad. Estos residuos están presentes en algunas vías públicas y también llegan a quebradas, como la Limas y Chiguaza, y el río Tunjuelo, el cual recibe los lixiviados del relleno sanitario Doña Juana. Entre una de sus causas está la inadecuada separación de los residuos desde los hogares, la poca organización de las comunidades para implementar horarios concretos para deshacerse de los desechos y el desorden ocasionado por las personas que reciclan al romper las bolsas, y quedar diseminado su contenido en andenes y vías (8). También, la contaminación del aire por los talleres de pinturas, ebanistería y talleres de mecánica en zonas urbanas se da a causa de la utilización de aerosoles y por el aserrío de madera, los cuales afectan las vías respiratorias de las personas que trabajan allí, de quienes viven en los alrededores y de los transeúntes.

En el Mapa 3 se pueden observar las zonas de arrojo de residuos domésticos, comerciales e industriales, los cuales se concentran con mayor densidad en la zona oriental de la localidad.

Además, se arrojan cuerpos de animales, que aportan más carga contaminante tanto a la ronda, como al río Tunjuelito y aumentan los malos olores. También se puede observar la zona de influencia de las principales arterias viales, los cuerpos de agua y las zonas mineras, las cuales inciden sobre la calidad de vida de los habitantes de los barrios aledaños.

Mapa 3. Calidad del aire y puntos críticos de acumulación de residuos, localidad Ciudad Bolívar, 2024



Fuente: Secretaría Distrital de Ambiente, Datos Infraestructura Datos Espaciales de Bogotá (IDECA)Calidad del aire, 2024

En Ciudad Bolívar, la extracción minera se ha dado por medio de la conformación de canteras a cielo abierto de areniscas y lodolitas de los cerros del sur, empleadas como material de recebo proveniente de las Formaciones geológicas Arenisca Dura, Plaeners y Arenisca Labor Tierna del Grupo Guadalupe y de areniscas de la Formación Guaduas (18).

Para 2020, de los 105 usuarios con predios afectados por la extracción minera en jurisdicción de la Secretaría de Ambiente de Bogotá, 29 se encontraban ubicados en Ciudad Bolívar.

*Tabla 1. Relación de los usuarios mineros en zonas compatibles con las actividades mineras, Ciudad Bolívar-Usme, 2020-2021*

Polígono	Usuario y título minero	Localidad / UPZ	Instrumento ambiental
Polígono II Zona urbana de las Localidades de Usme y Ciudad Bolívar	1. Central de Mezclas SA y Cemex Colombia SA. Registro Minero de Canteras No.056	Localidad de Ciudad Bolívar UPZ 63 El Mochuelo	PMRRA1 en ejecución
Polígono III Zona urbana y rural de la Localidad de Ciudad Bolívar	1. Predio Julia Alicia Gómez de Franco – Cantera Recebera Cerro Colorado. Registro Minero de Cantera No. 066	Localidad de Ciudad Bolívar UPZ 70 Jerusalem	Licencia Ambiental El Proyecto minero no ha iniciado

Fuente: Secretaría Distrital de Ambiente, Ciudad Bolívar, 2020-2021.

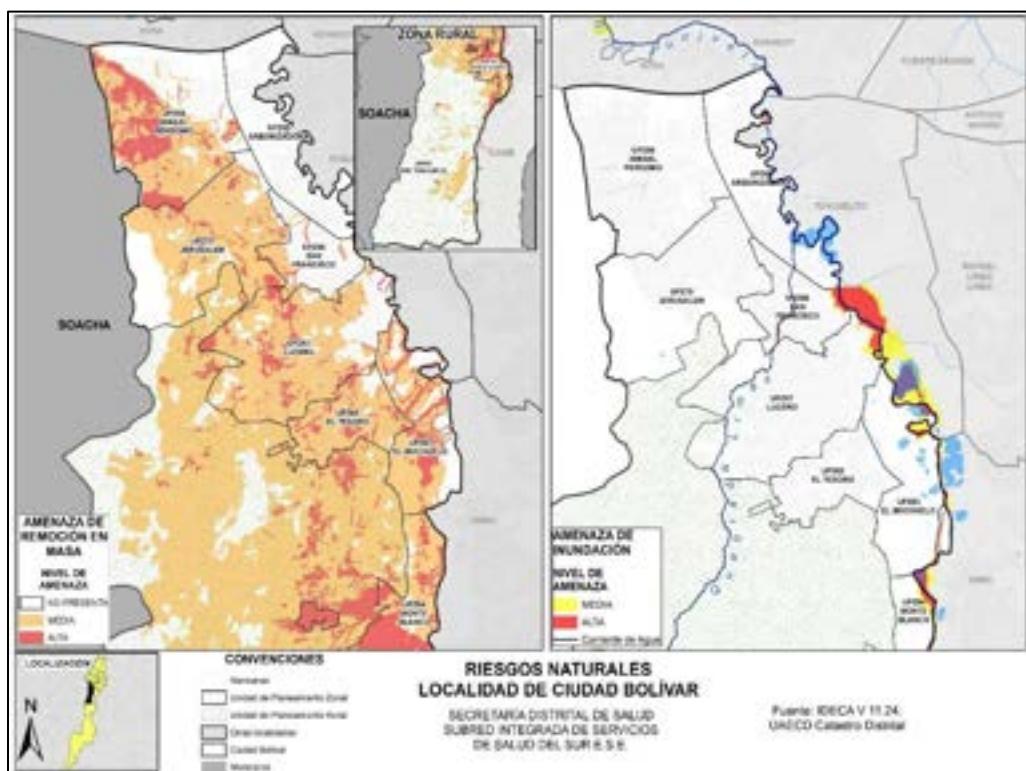
<sup>1</sup> Plan de Manejo, Restauración y Recuperación. Ambiental.

Sin embargo, también hubo registro de usuarios afectados debido a la minería desarrollada por fuera de las zonas compatibles con las actividades mineras en tres predios de la localidad: Chircal María de Munévar – IDRD en la UPZ68 El Tesoro; Predio Yerbabuena – UAEESP, en la UPZ64 Monteblanco y el predio de IS Constructora SAS – Cantera La Joya, en la UPZ68 El Tesoro (18).

Esta explotación minera a cielo abierto genera afectaciones como el cambio geomorfológico del terreno, modificación y contaminación del drenaje natural, alteración de suelo, generación de erosión, eliminación de la cobertura vegetal, disposición inadecuada de escombros mineros, contaminación por material particulado, ruido y gases, desestabilización de taludes, generación de riesgos por remoción en masa y generación de lixiviados en la cuenca del río Tunjuelo por escorrentía (18) (ver Mapa 3).

Por otro lado, en Ciudad Bolívar existen zonas que, por su nivel de exposición y vulnerabilidad, presentan riesgos por deslizamientos e inundaciones debido al asentamiento en las zonas de ladera irregular y que, con la llegada de servicios públicos, equipamientos e infraestructura, se modifica el terreno y aumenta la exposición a movimientos en masa. En Ciudad Bolívar existen un total de 4.650 manzanas en zonas de amenaza por remoción en masa. De éstas, en 857 manzanas el riesgo es alto, en 3.099 el riesgo es medio y en 1.199 es bajo (19).

Mapa 4. Mapa de riesgos, Ciudad Bolívar, 2024



Fuente: Datos Infraestructura Datos Espaciales de Bogotá (IDECA), Riesgos, 2024.

Como se puede observar en el Mapa 4, la UPZ65 Arborizadora es la única que no posee ninguna manzana en riesgo por remoción en masa. Hacia el sur de la localidad, y debido a su relieve accidentado, así como a la conformación de sus suelos, aumenta la probabilidad de deslizamientos en los períodos de lluvias, los cuales van desde finales de marzo hasta principio de junio y desde finales de septiembre hasta principios de diciembre. Sin embargo, dicho patrón bimodal de lluvias se ha visto modificado por la variabilidad climática (20).

Los sectores catastrales que cuentan con más del 50% de su territorio con zonas de riesgo alto de deslizamientos son: San Antonio Mirador, María Cano y Caracolí en la UPZ69 Ismael Perdomo; Lagunitas Urbano y El Mochuelo III Urbano, en la UPZ64 Monte Blanco. La UPZ67 Lucero cuenta con la mayor cantidad de manzanas en amenaza media y La UPZ66 San Francisco con la mayor cantidad de manzanas en riesgo bajo.

Con respecto al riesgo de inundación por desbordamiento de cuerpos de agua debido a lluvias torrenciales, Ciudad Bolívar presenta un alto riesgo de inundación y manejo ambiental en 493,2 ha, en las UPZ Lucero y San Francisco; riesgo medio en 20,1 ha, en las UPZ66 San Francisco y UPZ67 Lucero; y riesgo bajo en 15,6 ha en las UPZ Lucero, San Francisco y Arborizadora. La UPZ63 El Mochuelo cuenta con zonas de alto y medio riesgo de inundación, pero no hay manzanas expuestas (21) (ver Mapa 4).

La principal fuente de este riesgo se encuentra al oriente de la localidad, en las zonas próximas al río Tunjuelito, sus afluentes, y a la quebrada Limas, las cuales afectan también a la localidad de Tunjuelito, como se puede apreciar en el mapa 4, Amenaza de Inundación (21)

### ***Condiciones socio económicas***

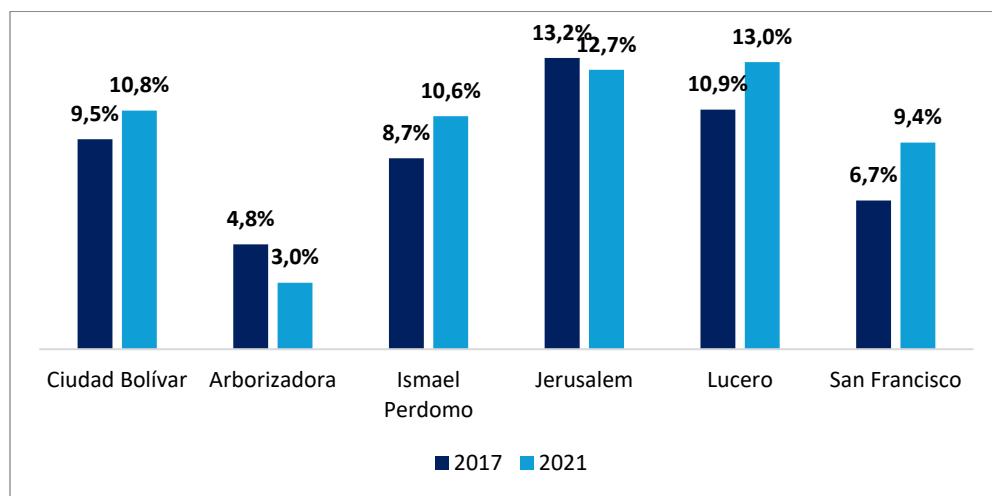
El Índice de Pobreza Multidimensional – IPM recoge cinco dimensiones con diversos indicadores a saber: condiciones educativas del hogar, niñez y juventud, salud, trabajo, acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda.

El IPM de Ciudad Bolívar registró un aumento de 9,5% en 2017 a 10,8% en 2021, constituyéndose como la segunda localidad con mayor número de habitantes clasificados como pobres multidimensionales. Este valor supera el promedio de Bogotá en zona urbana en 5,3 puntos porcentuales, dado que la capital registró un 5,5%. Adicionalmente, en el contexto rural, Ciudad Bolívar emerge como la quinta localidad con el IPM más elevado, alcanzando un 14,8%, equivalente al dato de Bogotá en el ámbito rural, con 14,8% (22).

Al analizar los resultados de la Encuesta Multipropósito, para el 2021, se encontró que el IPM aumentó de 2017 a 2021 en la mayoría de UPZ de la localidad (18) excepto en la UPZ65 Arborizadora (y parte de la UPZ70 Jerusalén) donde se han llevado a cabo intensos procesos de renovación

urbana, como la construcción de torres de edificios residenciales privados. Por otro lado, las UPZ67 Lucero y UPZ66 San Francisco mostraron un incremento en su Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), lo cual indica que enfrentan mayores desafíos en varios aspectos de bienestar, como el acceso a servicios básicos, la educación, y condiciones habitacionales adecuadas.

Gráfico 1. Índice de Pobreza Multidimensional, Ciudad Bolívar y por UPZ, 2017 - 2021.



Fuente: Encuesta Multipropósito 2021, DANE.

Con el objetivo de evaluar la homogeneidad del comportamiento en la distribución del ingreso a lo largo de la localidad, se puede utilizar el coeficiente de Gini, un indicador que mide la desigualdad en dicha distribución. Este índice varía entre cero y uno, donde un valor de cero refleja una igualdad perfecta, es decir, todos los hogares dentro de una sociedad tienen el mismo ingreso o el ingreso está distribuido equitativamente. En contraste, un valor cercano a uno indica una mayor desigualdad.

En 2017, Ciudad Bolívar presentó un coeficiente de 0,4, ligeramente por debajo del índice distrital de 0,5. En 2021, la localidad alcanzó un Gini de 0,5, igualando el índice de Bogotá para el mismo periodo (23).

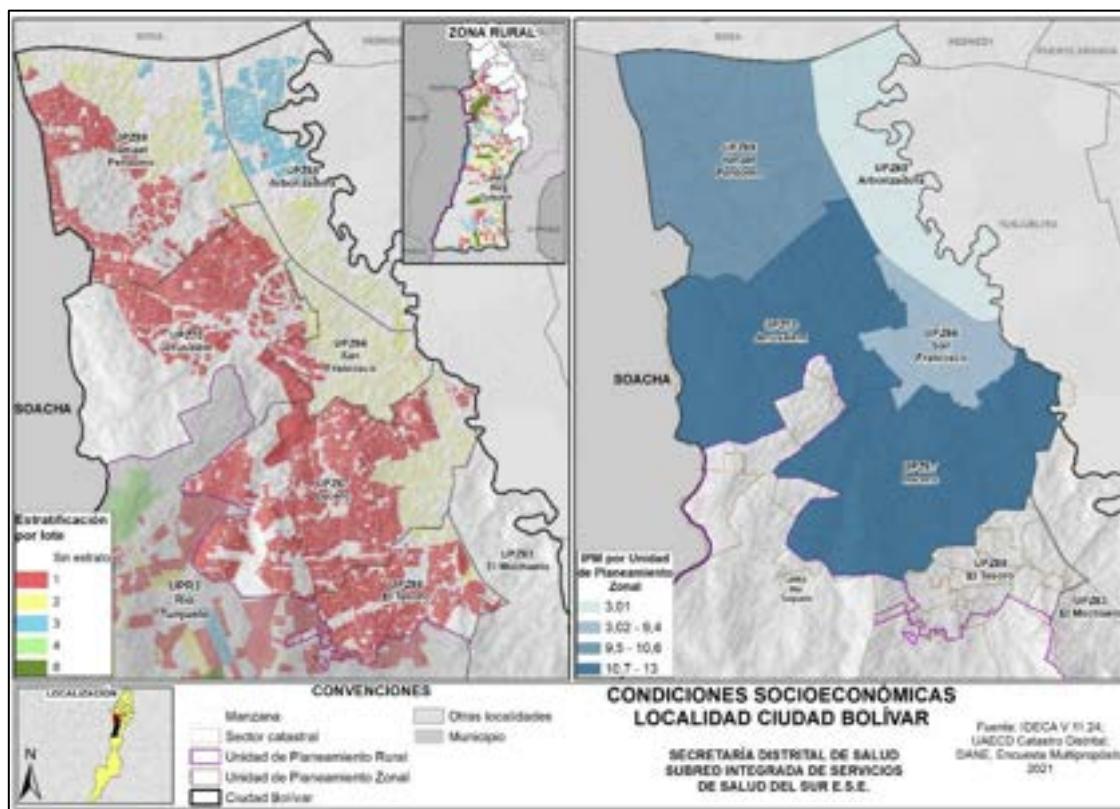
Por otro lado, se identificó un aumento en los indicadores de pobreza entre 2017 y 2021, caracterizado por un incremento significativo de 31,4 puntos porcentuales en el índice de pobreza monetaria, el cuál alcanzó un 57,4% en 2021. Este escalamiento porcentual refleja un deterioro

sustancial en la capacidad de la población para satisfacer sus necesidades básicas. A su vez, la pobreza monetaria extrema aumentó del 11,7% al 21,7%, superando la media distrital de 9,4%. Tal incremento evidencia que un número creciente de personas experimenta condiciones de vida precarias, con ingresos limitados que comprometen incluso la posibilidad de acceder a una alimentación mínima.

### **Estrato Socio económico**

La estratificación como sistema de clasificación permite catalogar sectores de acuerdo con las características de la vivienda y del entorno habitacional, por lo que puede ofrecer un panorama espacial sobre los niveles de desigualdad en la ciudad. El artículo 102 de la ley 142 de 1994 establece que “Los inmuebles residenciales a los cuales se provean servicios públicos se clasificarán máximo en seis estratos socioeconómicos así: 1) bajo-bajo, 2) bajo, 3) medio-bajo, 4) medio, 5) medio alto, y 6) alto (24).

*Mapa 5. Condiciones socioeconómicas, Localidad Ciudad Bolívar, 2024*



Fuente: Datos Infraestructura Datos Espaciales de Bogotá (IDECA) Estratificación, Secretaría Distrital de Planeación, 2024.

El mapa 5 evidencia la relación entre las características geográficas de la localidad, particularmente las zonas montañosas, y la distribución del estrato socioeconómico más bajo. Así pues, el estrato 1

predomina con un 66,7% (Estos hogares reciben subsidios en sus servicios públicos domiciliarios) (24), seguido del estrato 2 con 31,6%, el estrato 3 con un 1,8%, el estrato 4 con 0,02%, y los estratos 5 y 6 con 0,01%, respectivamente. Las UPZ68 El Tesoro, UPZ67 Lucero, UPZ70 Jerusalén y UPZ69 Perdomo concentran predominantemente población de estrato 1, mientras que el estrato 2 se encuentra en las áreas menos elevadas y con planicie de la localidad. Es importante destacar que el estrato 3 está presente en la zona urbana únicamente en sectores específicos, como Madelena en la UPZ65 Arborizadora, al norte de esta UPZ, y en la UPZ69 Ismael Perdomo, en los límites con Madelena, una zona caracterizada por conjuntos residenciales en altura (20) lo que indica una transición gradual hacia zonas de mejor condición socioeconómica en el extremo norte de la localidad.

Por su parte, en la UPR3 Río Tunjuelo se ubican predios con el estrato 4 en los sectores catastrales Mochuelo Alto Rural, Quiba Alto, Pasquillita, Pasquilla, Las Mercedes, Las Margaritas y Ciudad Bolívar Rural I. El estrato 5 en Quiba Alto, Santa Bárbara, Mochuelo III y Pasquilla y, por último, el estrato 6 en Pasquilla, Las Mercedes, Mochuelo Alto Rural y Quiba Bajo.

### ***Estructuración poblacional y demográfica***

Teniendo en cuenta las proyecciones del DANE, la localidad de Ciudad Bolívar para el 2024 cuenta con 666.809 habitantes, que corresponden al 52,5% de la población de la Subred Sur y el 8,3% del Distrito. El 50,1% (n=333.815) son mujeres y el 49,9% (n=332.994) son hombres, y según proyección para el 2030, la población aumentará a 700.723 de habitantes (21).

### ***Población y estructura demográfica***

En relación con la estructura demográfica, la pirámide poblacional de Ciudad Bolívar revela una transición demográfica. En 2019 presenta una base más amplia la población de 0 a 19 años, lo que indica una predominancia de personas jóvenes. Sin embargo, para los años 2024 y 2030, se observa un estrechamiento de la pirámide, lo que refleja una reducción de la población infantil y adolescente. Este fenómeno, proyectado para el 2024, sugiere una disminución en las tasas de natalidad tanto a nivel Bogotá de 7,1 nacimientos por cada 1.000 habitantes, como para la localidad, con 9,0 nacimientos por cada 1.000 habitantes. (21)

La tasa de fecundidad global y general presenta una tendencia a la disminución tanto en Bogotá como en la localidad. En cuanto a la fecundidad general, Bogotá registraba una tasa de 39,0 en el 2019, que disminuyó a 27,2 en 2023. Por su parte, la localidad pasó de una tasa de 50,4 en 2019 a 25,4 en 2023- La tasa global de fecundidad del distrito se encontraba en 1,3 en 2019 y descendió a 0,9 en 2023, mientras que la localidad registró una disminución de 1,6 a 1,1 en el mismo periodo.

En los grupos de edad adulta joven (20-39 años), la población permanece significativa durante todo el periodo, aunque con una leve disminución en proporción hacia 2030. Por otro lado, los grupos de

edad avanzada (60 años y más) presentan un incremento progresivo, lo que indica un envejecimiento poblacional constante. (26)

Las UPZ con mayor densidad poblacional para el 2024 fueron Ismael Perdomo, con 167.750 habitantes, representando el 25.16%; seguido por la UPZ Lucero con un total de 164.583 habitantes, representando el 24.68 de la población de la localidad y en tercer lugar la UPZ Jerusalem, con 103.896 habitantes, representando el 15,58% de la población total en Ciudad Bolívar.

Frente a la relación hombres-mujeres se mantiene casi igual en los tres años analizados. En 2019, había más hombres que mujeres, pero esta diferencia tiende a reducirse hacia 2030. (26)

El índice de dependencia infantil en 2019 muestra una disminución, pasando de 43,92 a 40,30 en 2030. Esta reducción refleja una menor proporción de la población dependiente de 15 años en relación con la población económicamente activa. Por otro lado, el índice de dependencia de los adultos mayores experimenta un aumento, pasando de 8,95 en 2019 a 14,50 en 2030, lo que evidencia el crecimiento de la población adulta mayor dependiente. Finalmente, el índice global de dependencia presenta un leve aumento, de 52,87 a 54,80, lo que se debe principalmente a la disminución de la dependencia infantil, compensada por el incremento en la dependencia de los adultos mayores.

En relación con la transición demográfica en la localidad, el índice de envejecimiento experimenta un incremento significativo, pasando de 28 en 2019 a 50 en 2030, lo que refleja un envejecimiento acelerado de la población. En contraste, el índice de juventud disminuye de 122 en 2019 a 92 en 2030, lo que refuerza la idea de una transición demográfica hacia una estructura de población más envejecida y madura. (26)

*Gráfico 2. Pirámide poblacional e índices de estructura demográfica, localidad Ciudad Bolívar, años 2019-2024-2030*

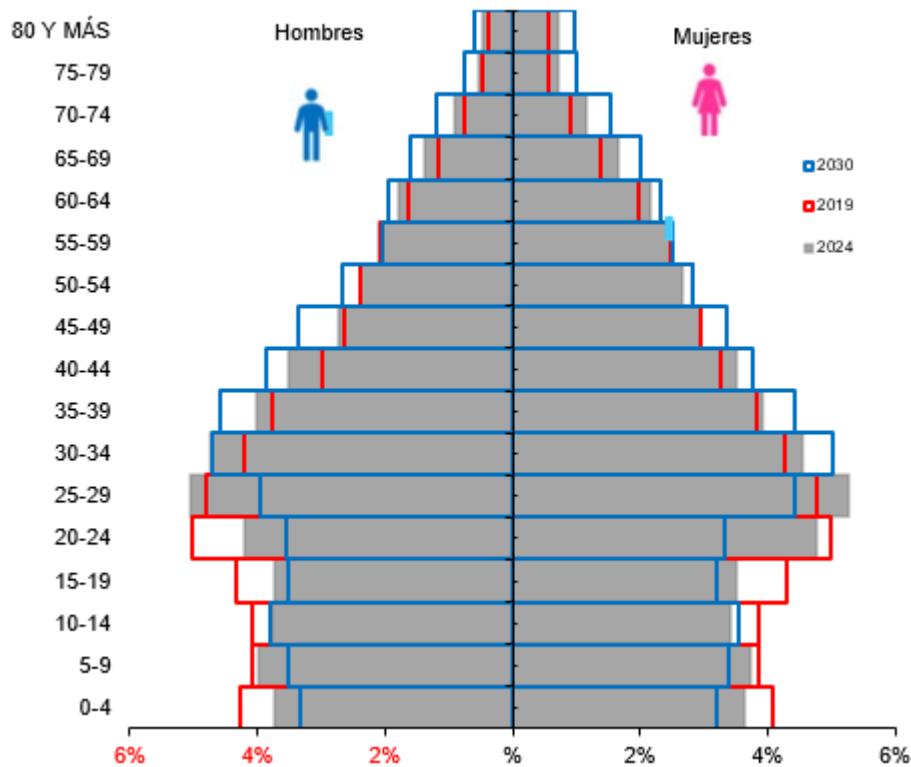


Tabla 2 de estructura demográfica, localidad Ciudad Bolívar, años 2019-2030

Índice Demográfico	Año		
	2019	2024	2030
Población total	628.670	666.809	700.723
población Masculina	308.746	332.994	353.050
población femenina	319.924	333.815	347.673
Relación hombres: mujer	96,51	99,75	102

Razón niños: mujer	30	31	26
Índice de infancia	24	23	22
Índice de juventud	28	25	22
Índice de vejez	6	8	10
Índice de envejecimiento	26	34	47
índice demográfico de dependencia	43,92	45,45	46,63
índice de dependencia infantil	34,97	33,87	31,67
índice de dependencia mayores	8,95	11,58	14,96
índice de Friz	118,04	104,39	90,70

Fuente: proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018

Según los momentos de curso de vida, para el año 2024, en la localidad la mayor proporción de la población se encuentra en la adultez con el 41,2% (n=274.987), seguida por la juventud con el 19,0% (n=127.005), la adolescencia presenta la menor proporción con 8,8% (n=58.631).

Frente a la población femenina por UPZ de la localidad de Ciudad Bolívar se evidenció que la UPZ que más aporta con esta población es la de Ismael Perdomo con 84.217 mujeres, de las cuales el quinquenio que mayor población tiene en la localidad es el de 25 a 29 años con un total de 30.567 mujeres, en segundo lugar, se encuentra la UPZ Lucero con 81.428 mujeres y el quinquenio que más población tiene es de 0 a 4 años (26).

Tabla 3. Distribución por sexo y momento de curso de vida, localidad Ciudad Bolívar 2024

Momento curso de vida	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	N	%	n	%
Primera infancia (0 a 5 años)	3.4110	51,2%	3.2453	48,8%	6.6563	10,0%
Infancia (6 a 11 años)	3.0864	51,9%	2.8616	48,1%	5.9480	8,9%
Adolescencia (12 a 17 años)	3.0575	52,1%	2.8056	47,9%	5.8631	8,8%

Juventud (18 a 28 años)	6.5028	51,2%	61.977	48,8%	127.005	19,0%
Aduldez (29 a 59 años)	13.6480	49,6%	138.507	50,4%	274.987	41,2%
Vejez (60 y más años)	3.5937	44,8%	4.4206	55,2%	8.0143	12,0%
Total	332.994	49,9%	333.815	50,1%	666.809	100,0%

Fuente: proyecciones poblacionales DANE – CNPV 2018

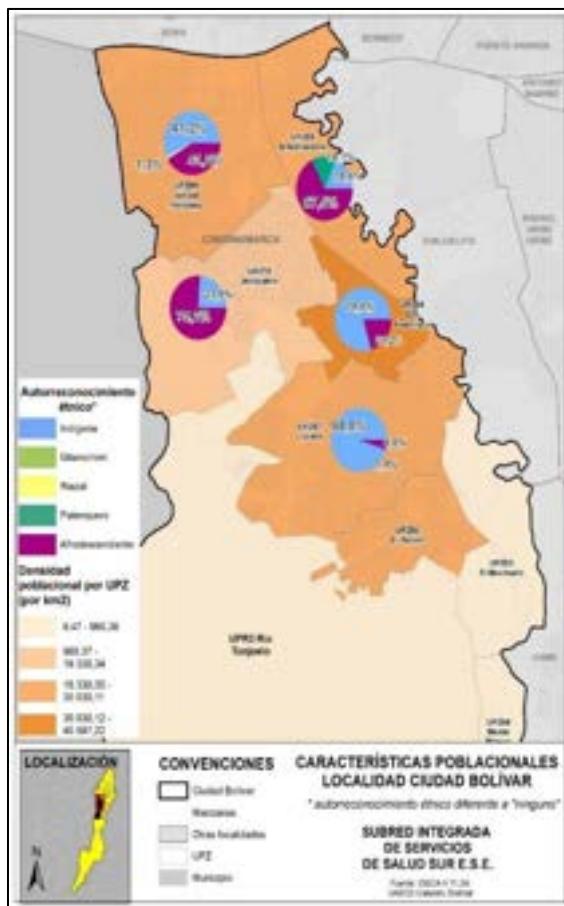
### **Población diferencial**

En relación con la población diferencial, los datos de la Encuesta Multipropósito 2021, registraron un total de 31.026 personas pertenecientes a grupos étnicos, tanto en áreas urbanas como rurales. En el área urbana se identificaron 24.233 personas indígenas, con una mayor concentración en la UPZ69 Ismael Perdomo (2.554 personas), seguida por la UPZ65 San Francisco (1.063 personas) y la UPZ70 Jerusalén (758 personas). Otras concentraciones menores se ubicaron en las UPZ64 Monteblanco, UPZ68 El Tesoro y UPZ63 Mochuelo, que en conjunto agruparon a 668 personas, mientras que la UPZ65 Arborizadora reportó 142 personas.

La comunidad gitana o ROM, compuesta por 75 personas, se encontraba exclusivamente en la UPZ67 Lucero. La etnia Raizal, proveniente del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, registró 59 personas, todas ellas localizadas en la UPZ 69 Ismael Perdomo. Por su parte, la población palenquera de San Basilio sumó 217 personas. En cuanto a las personas negras, mulatas o afrodescendientes, se reportaron 6.280 en total, con mayores concentraciones en la UPZ70 Jerusalén (2.381 personas), la UPZ69 Ismael Perdomo (1.862 personas), la UPZ67 Lucero (59 personas), y en las UPZ65 Arborizadora y UPZ66 San Francisco, con un total conjunto de 269 personas.

En el área rural, se identificaron 162 personas pertenecientes a grupos étnicos, de las cuales 54 eran indígenas, 5 raizales, 4 palenqueros y 99 afrodescendientes. (22). La comunidad Gitano/a (Rrom), compuesta por 75 personas, tuvo presencia únicamente en la UPZ67 Lucero. Por su parte, la etnia Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina incluyó a 59 personas, localizadas en la UPZ69 Ismael Perdomo. Los Palenquero/a de San Basilio sumaron 217 personas, y, finalmente, los Negro/a, mulato/a (afrodescendientes) 6.280 personas distribuidas, en la UPZ70 Jerusalén con (n=2.381) habitantes, la UPZ69 Ismael Perdomo (n=1.862), la UPZ67 Lucero (n=59), y las UPZ65 Arborizadora y UPZ65 San Francisco 269 personas. En el área rural se identificaron 162 personas de las cuales 54 son indígenas, 5 raizales, 4 palenqueros y 99 Negro/a, mulato/a (afrodescendientes) (22).

*Mapa 6. Características poblacionales, Localidad Ciudad Bolívar, 2024*



Fuente: Datos Infraestructura Datos Espaciales de Bogotá (IDECA), cálculos propios de densidad poblacional con proyección población 2024 DANE, Encuesta Multipropósito 2021

Ciudad Bolívar se caracteriza por concentrar una alta cantidad de personas de bajos recursos económicos, constituyéndose como un importante centro de recepción para población en condiciones de desplazamiento, tanto forzado como voluntario. Los migrantes proceden de diversas regiones, buscando reunirse con familiares o grupos de apoyo, o adquiriendo terrenos en las zonas altas de la localidad —a pesar de los riesgos de deslizamientos— debido a sus bajos costos. La composición poblacional es diversa, incluyendo grupos indígenas, campesinos, afrodescendientes provenientes de Cundinamarca y otras regiones del país, así como migrantes internacionales, principalmente de Venezuela.

Según los datos de la Encuesta Multipropósito 2021, los principales factores que motivan la migración hacia las distintas Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) de la localidad son:

**Búsqueda de oportunidades:** Este fue el principal motivo en la mayoría de las UPZ, con los mayores porcentajes en San Francisco (36,7%), Ismael Perdomo (42,9%), Jerusalén (47,2%), Monteblanco, El Tesoro y El Mochuelo (49,2%), y Lucero (22,7%).

Redes familiares y de apoyo: Representaron una causa importante en Arborizadora (45,9%), Jerusalén (21,4%), Ismael Perdomo (16,1%), San Francisco (15,6%) y Monteblanco, El Tesoro y El Mochuelo (12,7%).

Amenazas o riesgos para la vida, libertad o integridad física: Este factor fue predominante en la UPZ Lucero (54,3%), y también relevante en San Francisco (19,9%) y Monteblanco, El Tesoro y El Mochuelo (21,2%). En contraste, en Ismael Perdomo apenas representó el 1,5%.

Motivos de salud o enfermedad: Aunque en menor proporción, también se registraron como causas en San Francisco (8,6%), Arborizadora (6,8%) y Monteblanco, El Tesoro y El Mochuelo (2,6%).

Venezuela se consolidó como el país de origen predominante entre la población migrante, con un 50,8 % de personas que afirmaron haber migrado en busca de oportunidades económicas. Le siguieron motivos relacionados con amenazas o riesgos a su vida, libertad o integridad (19,6 %) y la existencia de redes de apoyo (17,3 %). Otros factores, como las oportunidades educativas (5,0 %) y diversas razones adicionales (5,4 %), tuvieron una menor representatividad. En el caso de las personas procedentes de Colombia o nacidas en el país, un 34,2 % señaló que migró por razones económicas, un 23,2 % por el cuidado de otros miembros del hogar, un 17,5 % debido a redes de apoyo, y un 16,1 % por amenazas o riesgos.

Los migrantes procedentes de otros países presentan motivaciones diversas. Predominan otras causas con un 36% de los casos, seguidos por el cuidado de otros miembros del hogar con un 22,9%, las oportunidades educativas con un 21% y las oportunidades económicas con un 20,1% de los desplazamientos. Finalmente, en el grupo de personas venezolanas nacidas en Colombia, el 100 % declaró haber migrado exclusivamente por razones económicas.

La Encuesta Multipropósito 2021 identificó 31.228 personas con alguna discapacidad en el área urbana y 456 en el área rural de Ciudad Bolívar, todas ellas en edades de 5 años o más. Su distribución geográfica y por grupos etarios revela concentraciones significativas en determinadas zonas.

Entre los niños y adolescentes de 5 a 17 años, Ismael Perdomo concentra la mayor cantidad con 879 personas con discapacidad, seguida por Jerusalén que alberga 454 y San Francisco que cuenta con 430 residentes en esta condición. Arborizadora registra 206 personas, mientras que las UPZ Monteblanco, El Tesoro y El Mochuelo conjuntamente suman 195 personas con discapacidad en este grupo etario.

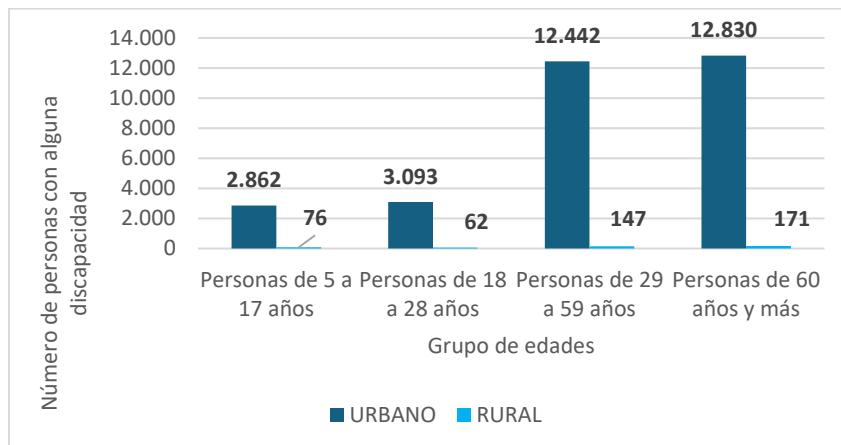
En el segmento de jóvenes adultos de 18 a 28 años, nuevamente Ismael Perdomo presenta la mayor concentración con 717 personas con discapacidad, seguida por Jerusalén con 526 y San Francisco con 487 residentes en esta condición. Las UPZ Monteblanco, El Tesoro y El Mochuelo conjuntamente albergan 233 personas con discapacidad, mientras que Arborizadora registra 215 en este grupo de edad.

Para la población adulta de 29 a 59 años, las cifras se incrementan significativamente. Ismael Perdomo concentra 2.702 personas con discapacidad, mientras que Jerusalén alberga 2.430 y San Francisco cuenta con 1.726 residentes en esta condición. Arborizadora registra 1.122 personas, y las

UPZ Monteblanco, El Tesoro y El Mochuelo suman en conjunto 1.100 personas con discapacidad en este rango etario.

Finalmente, entre los adultos mayores de 60 años y más, Jerusalén presenta la mayor concentración con 2.740 personas con discapacidad, seguida por Ismael Perdomo con 1.941 y San Francisco con 1.818 residentes en esta condición. Arborizadora registra 1.521 personas, mientras que las UPZ Monteblanco, El Tesoro y El Mochuelo conjuntamente suman 1.121 personas con discapacidad en este grupo de edad avanzada.

*Gráfico 3. Grupos de edades con alguna discapacidad, Ciudad Bolívar, 2021*



Fuente: Datos, Encuesta Multipropósito 2021.

Según la Encuesta Multipropósito 2021 (22), se identificaron datos sobre la orientación sexual de personas de 18 años y más habitantes del área urbana y rural de la localidad. En cuanto a población auto-reconocida como homosexual, se registraron 2.890 personas, con la mayor concentración en la UPZ69 Ismael Perdomo (933), seguida de la UPZ67 Lucero (875), UPZ65 Arborizadora (378), UPZ65 San Francisco (341), Jerusalén (258) y, finalmente, en la combinación de UPZ64 Monteblanco, UPZ68 Tesoro y UPZ63 Mochuelo (105). Además, se identificaron 907 personas bisexuales, de las cuales 272 se encontraban en la UPZ67 Lucero, 258 en la UPZ69 Ismael Perdomo, 193 en la UPZ65 San Francisco, 160 en la UPZ65 Arborizadora y 25 en la UPZ70 Jerusalén. En el área rural, se encontró un total de 6.493 personas, de las cuales se reconocen 37 homosexuales y 62 bisexuales (22).

Según el Boletín Trimestral de Víctimas del Conflicto Armado (VCA) de 2022, el 56 % de esta población en el Distrito Capital se concentra en las localidades de Kennedy, Ciudad Bolívar, Bosa, Suba, Engativá y Rafael Uribe Uribe. En particular, Ciudad Bolívar representa el 10,9 % del total, con 37.962 personas registradas, y presenta una tasa de 59 víctimas del conflicto armado por cada 1.000 habitantes.

Respecto a la caracterización de personas que realizan actividades sexuales pagas (ASP), según el informe de la Secretaría Distrital de la Mujer de la Alcaldía de Bogotá en 2019, el estudio abarcó las 19 localidades urbanas del Distrito Capital y permitió estimar que el 61,3 % de esta población se

concentra en las localidades de Los Mártires, Kennedy, Chapinero y Santa Fe. En este contexto, Ciudad Bolívar aportó el 1,1 % del total de personas dedicadas a esta actividad.

En relación con la caracterización de las personas que realizan actividades sexuales pagas según la Secretaría Distrital de la Mujer Alcaldía de Bogotá 2019, abarcó las 19 localidades urbanas del Distrito capital y permitió estimar que el 61,3% de la población que realiza ASP se concentra en las localidades de Los Mártires, Kennedy, Chapinero y Santa Fe, donde la localidad de Ciudad Bolívar aporto el 1.1%.

### ***Acceso a bienes y servicios***

Ciudad Bolívar dispone de una red de servicios públicos que incluye establecimientos de salud, instituciones educativas y programas de asistencia social, tales como comedores comunitarios, jardines infantiles, comisarías de familia y diversas iniciativas de integración social.

Según se evidencia en el Mapa 7. Oferta institucional, Ciudad Bolívar, 2024, la distribución de estos servicios presenta patrones diferenciados por Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ). Las instituciones educativas constituyen el tipo de servicio predominante en casi todas las UPZ, con excepción de la UPZ63 El Mochuelo, que carece por completo de oferta institucional. Es importante aclarar que esta UPZ no debe confundirse con los sectores catastrales denominados Mochuelo Alto y Mochuelo Bajo, los cuales pertenecen administrativamente a la UPR3 Río Tunjuelo.

Los servicios proporcionados por la Secretaría de Integración Social (SDIS) representan generalmente el segundo tipo de oferta más extendida en la localidad. Los servicios de salud, por su parte, ocupan mayoritariamente el tercer lugar en disponibilidad, con una notable excepción en la UPZ65 Arborizadora, donde estos servicios superan a los de integración social, ocupando el segundo lugar mientras que la SDIS se posiciona en tercer lugar. Cabe destacar que la UPZ68 El Tesoro y UPZ64 Monteblanco carecen completamente de oferta en servicios de salud.

Un aspecto relevante en el análisis de estos equipamientos colectivos es que la mayoría de ellos en Ciudad Bolívar son administrados por entidades privadas. No obstante, dentro de este panorama, el sector salud destaca por mantener una mayor proporción de establecimientos de carácter público en comparación con los demás servicios institucionales disponibles en la localidad.

En relación con la oferta pública en salud, la localidad cuenta con 3 Hospitales (todos en la UPZ67 Lucero), estando clasificados en el nivel I los hospitales Meissen y La Estrella y en el nivel II el hospital Meissen. Por su parte, la localidad también cuenta con 5 Centros de Salud: Candelaria La Nueva en la UPZ65 Arborizadora, Manuela Beltrán y Jerusalén en la UPZ70 Jerusalem y Mochuelo y Pasquilla en la ruralidad, en la UPR3. Todos ellos cuentan con servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y servicios ambulatorios, a excepción de Jerusalén, la cual no cuenta con apoyo diagnóstico, pero sí con atención inmediata de urgencias.

Estas unidades de salud no están presentes en todas las UPZ, siendo visible su ausencia en la UPZ69 Ismael Perdomo, la UPZ68 El Tesoro y la UPZ63 El Mochuelo. Los servicios que brinda la Subred Sur

en Ciudad Bolívar son los siguientes: apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, atención inmediata, consulta externa, internación y quirúrgicos y con un total de 4 ambulancias, 439 camas, 52 camillas, 86 consultorios y 4 salas. (11)

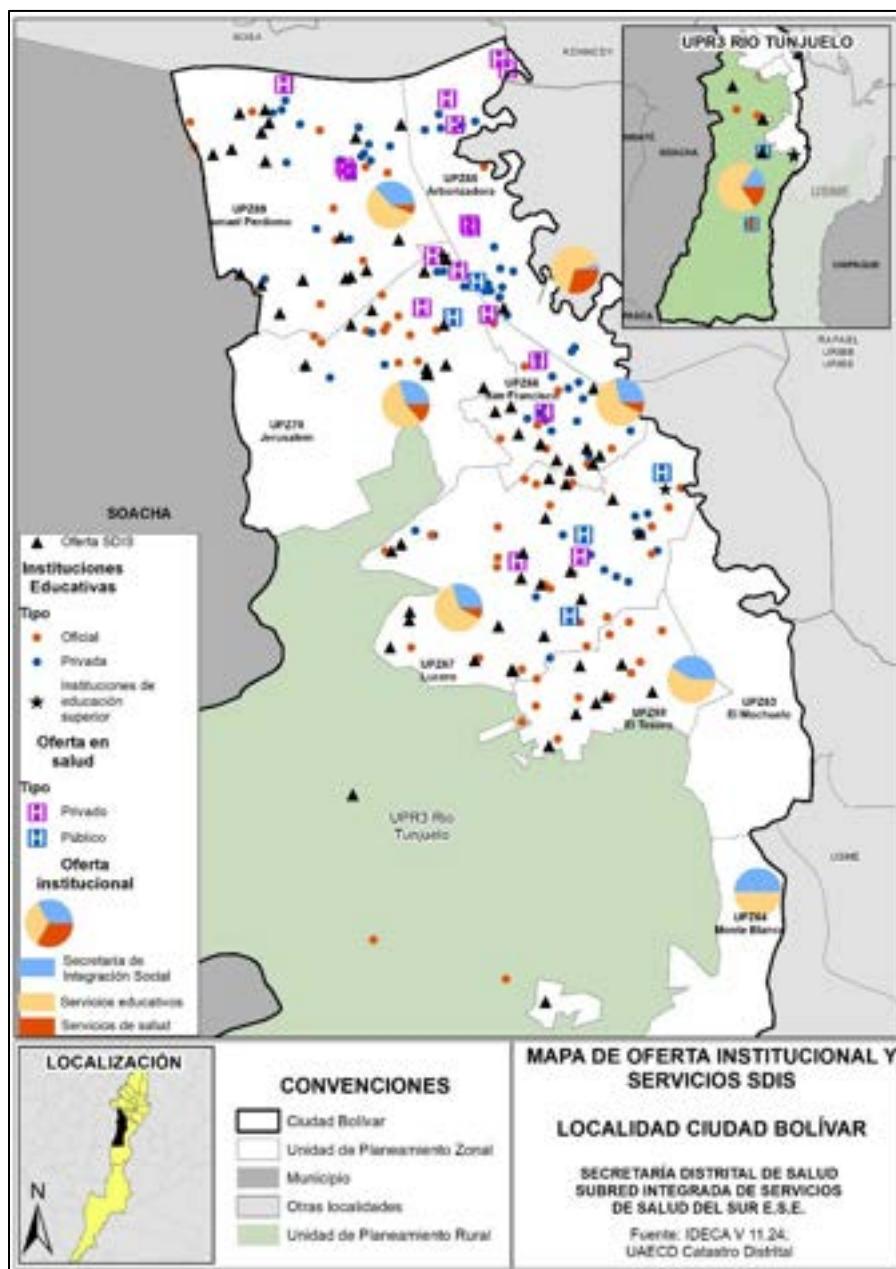
Por otra parte, en la localidad se ubican 31 instituciones prestadoras de salud privadas, las cuales ofrecen servicios como medicina general, prehospitalarios, asistencial, puntos de atención farmacéutica, odontología, entre otros (27), representados por 178 consultorios de servicios de consulta externa, y el restante a 12 salas: 8 de procedimientos y 4 de cirugía (los cuales son brindados únicamente por la EPS Compensar, ubicada en la UPZ69 Ismael Perdomo). Cabe resaltar que, del total de esta capacidad instalada, más de la mitad (106 unidades, siendo el 55,8%) se encuentra en la UPZ65 Arborizadora, lo que la posiciona como un nodo principal de atención dentro de la localidad. Esta UPZ presenta una oferta diversificada que incluye servicios de Consulta Externa (98 unidades) y Procedimientos (8 unidades), aunque sigue siendo predominantemente ambulatoria. La UPZ69 Ismael Perdomo representa el segundo foco de capacidad instalada, con 62 unidades (32,6% del total), la cual, a diferencia de las demás, destaca por incluir servicios quirúrgicos, con 4 unidades destinadas a Sala de Cirugía, aunque la mayoría de su capacidad también está orientada a Consulta Externa, con 58 unidades, la inclusión de cirugía sugiere una mayor complejidad en su perfil de atención. Las UPZ66 San Francisco y UPZ67 Lucero muestran una capacidad significativamente menor: la UPZ66 San Francisco concentra 18 unidades (9,5%), todas destinadas a Consulta Externa, sin presencia de otros servicios y, por su parte, la UPZ67 Lucero, con 4 unidades (2,1% del total). Cabe mencionar que en las UPZ63 El Mochuelo, UPZ64 Monteblanco, UPZ70 Jerusalem y UPR3 Río Tunjuelo no se registran servicios de salud privados (27).

Por su parte, la oferta educativa en Ciudad Bolívar se compone de 149 instituciones, de las cuales 72 son privadas y 75 oficiales. La UPZ67 Lucero destaca al concentrar la mayor cantidad de instituciones educativas con un total de 42 establecimientos. En esta UPZ predomina la educación oficial con 29 instituciones, mientras que el sector privado está representado por 13. Por su parte, la UPZ69 Ismael Perdomo es la segunda con mayor presencia educativa, albergando 28 establecimientos. A diferencia de Lucero, aquí se observa una mayor participación del sector privado con 17 instituciones, frente a 11 oficiales. Similar situación se presenta en la UPZ66 San Francisco, donde de sus 24 instituciones, 16 son privadas y 8 oficiales. En la UPZ70 Jerusalem se presenta un panorama más equilibrado en su distribución, con 19 instituciones en total, divididas entre 11 oficiales y 8 privadas. En contraste, la UPZ65 Arborizadora cuenta con mayor presencia del sector privado, con 15 de sus 18 instituciones. Cabe mencionar que en las UPZ más periféricas o con características rurales, como la UPZ68 El Tesoro y la UPR3 Río Tunjuelo, predomina la educación oficial. El Tesoro cuenta con 9 instituciones oficiales de un total de 10, mientras que en la UPR3 Río Tunjuelo, 6 de sus 7 instituciones son oficiales. La UPZ64 Monte Blanco cuenta únicamente con una institución privada.

En cuanto a la educación superior, se identifican tres instituciones. La Universidad Antonio Nariño se encuentra ubicada en la UPR3 Río Tunjuelo, mientras que la Universidad Distrital Francisco José de Caldas está localizada en la UPZ70 Jerusalem. Por último, el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) está presente en la UPZ67 Lucero.

Por otra parte, la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) cuenta con 77 unidades operativas en la localidad, que incluyen 2 Comisarías De Familia, 2 Centros Crecer, 2 Casas De Pensamiento Intercultural, 1 Centro Amar, 1 Espacios Rurales, 2 Jardín Infantil Nocturno, 41 Jardines Infantiles, 1 Casas de la Juventud, 1 Forjar Restaurativo, 17 Comedores Comunitarios, 1 Centros de Desarrollo Comunitario – (CDC), 1 Subdirección Local para la Integración Social y 5 centros Día Casa de la Sabiduría, las cuales en 2023 atendieron un total de 313.762 personas, con proyectos como Territorios Cuidadores, Familias, Maternidad y la paternidad temprana en Bogotá, LGBTI, habitabilidad en calle, Vejez, Discapacidad, y Transferencias monetarias (27).

Mapa 7. Oferta institucional, Ciudad Bolívar, 2024



Fuente: Análisis y Políticas, Datos IDECA - Secretaría de Integración Social, Bogotá, 2024

Según el Mapa 7, si bien hay presencia de la SDIS, hay zonas con insuficiencias en la cobertura, que se relacionan con la accesibilidad y barreras de acceso. En el caso de los colegios, comedores comunitarios, centros de salud y jardines infantiles, la cobertura más baja se encuentra en la UPZ68 El Tesoro y la UPR3 Río Tunjuelo. Éstos son territorios con alta vulnerabilidad económica y baja accesibilidad los cuales cuentan con un terreno predominantemente montañoso que concentra la población en las zonas periféricas. Específicamente estos territorios se encuentran entre los límites

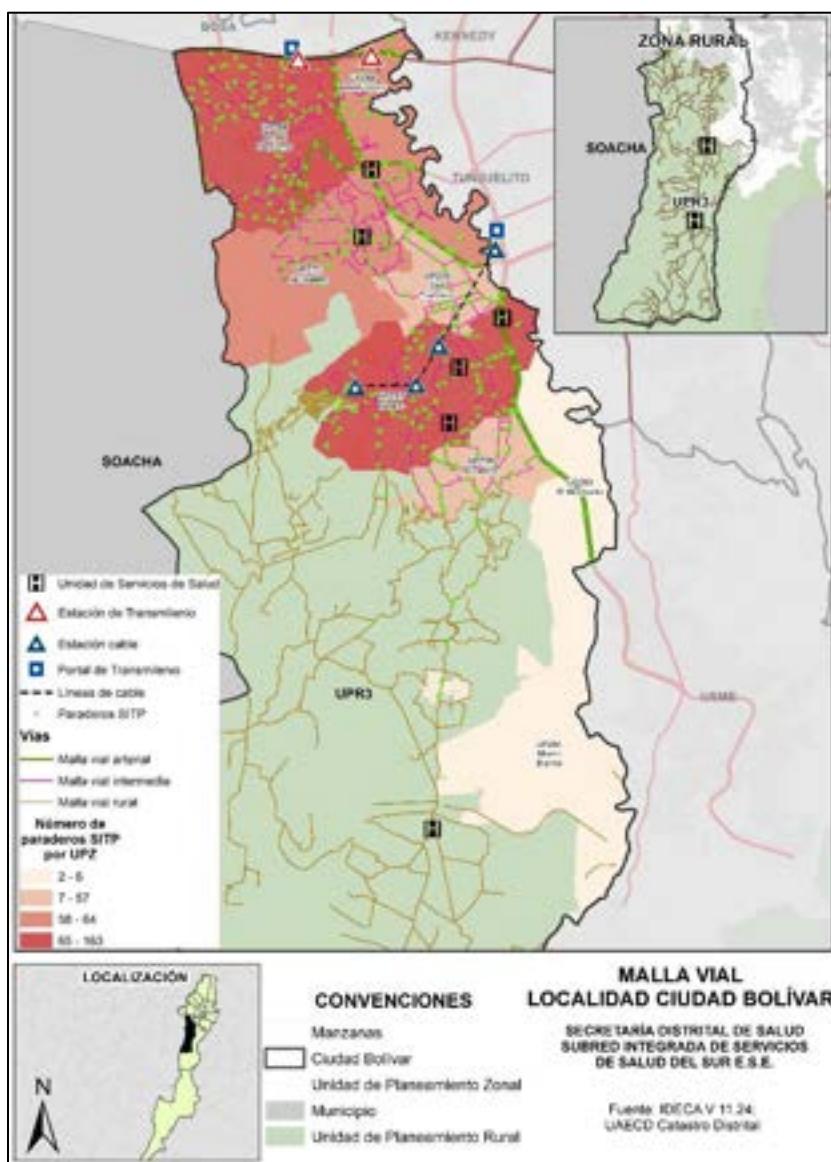
de la UPZ69 Ismael Perdomo y la UPZ70 Jerusalén, hacia el oriente de la UPZ67 Lucero y al sur oriente de la UPZ68 El Tesoro.

En términos de infraestructura vial, Ciudad Bolívar se enmarca en un esquema distrital de tipo semi circular del cual hacen parte corredores como la Avenida Boyacá, Avenida Villavicencio y Autopista Sur, Éstos actúan como ejes arteriales que comunican la localidad con el centro de la ciudad y con las zonas residenciales ubicadas en la periferia occidental del Distrito (6). A partir dichas arterias se desarrolla una conexión intermedia y complementaria constituida por tramos viales alternativos de circulación como la Avenida Federico Lleras, la Avenida Circunvalar del Sur, la Avenida Tunjuelito, la Avenida Mariscal Sucre y el Camino de Pasquilla, cuya función es permitir el acceso y flujo de transporte a escala zonal en donde se encuentra configurada la malla vial local barrial de acceso a las unidades de vivienda. La localidad cuenta con un aproximado de 925,7 km de vías, de las cuales el 5.2% corresponde a arteria principal, el 74.3% corresponde a arteria complementaria, el 20.1% a vía intermedia y, el 0,2% a vía local barrial (28).

En términos de movilidad, se cuenta con una estación troncal de Transmilenio (Portal El Tunal), la cual no se encuentra dentro de su territorio, sino en la localidad Tunjuelito. Sin embargo, de las 12 rutas alimentadoras que son despachadas desde este portal, 9 sirven a Ciudad Bolívar. Así mismo, cuenta con un total de 336 paraderos de rutas zonales pertenecientes al Sistema Integrado de Transporte Público – SITP – las cuales proceden de diferentes estaciones portales del Distrito con 80 rutas ((28). Es importante mencionar que todas las rutas transitan de manera parcial dentro la localidad, lo cual implica una restricción en la movilidad para gran parte de la población al incrementarse el número de viajes, el tiempo de estos y los costos económicos de desplazamiento desde y hacia Centros Salud existentes dentro de la localidad. Adicional a esto, la oferta de transporte existente para la ruralidad llega hasta el centro poblado Pasquilla, en la UPZ64 Monteblanco.

En la UPR3 Río Tunjuelo se identifica una significativa barrera física que dificulta el acceso de la población a los centros de salud. Esta situación se debe a la limitada oferta de transporte público y a las deficiencias en la malla vial, lo que genera mayores costos y tiempos de traslado desde las zonas residenciales hasta los servicios de salud disponibles. De manera similar, las UPZ69 Ismael Perdomo, UPZ70 Jerusalén, UPZ66 San Francisco, UPZ67 Lucero, UPZ68 El Tesoro y UPZ64 Monte Blanco enfrentan una barrera físico-espacial de carácter moderado.

Mapa 8. Sistema Vial, Localidad Ciudad Bolívar, 2024



Fuente: Datos IDECA, Malla vial integral, 2024.

En cuanto a la conservación física, la malla vial arterial se encuentra en buen estado en un 42%. Existen tramos que presentan fisuras, desprendimientos y deformaciones estructurales, particularmente en la malla vial intermedia, la cual pertenece a un 12% de la malla vial de la localidad. En cuanto a la malla vial intermedia, el 63,5% se encuentra en buen estado, 30,9% en estado regular y el 5,6% en mal estado (8).

Por su parte, el 60% de los andenes se encuentra en buen estado (8). Para los andenes en mal estado, se ha identificado que generan segregación espacial y barreras de acceso a grupos poblacionales prioritarios (personas mayores y personas con discapacidad) al mismo tiempo que afecta la

productividad urbana. Todo ello, en consecuencia, se traduce en una disminución de la calidad de vida de los habitantes de la localidad.

Finalmente, según Vigilancia Epidemiológica basada en Comunidad de la Subred Sur (VEBC), durante el año 2023 se adelantaron una serie de jornadas de vigilancia y control a los diferentes establecimientos comerciales registrados que operan la localidad, cubriendo un total de 3.167 establecimientos comerciales por medio de 5 líneas a saber: alimentos sanos y seguros (1.682 cafeterías, panaderías, fruterías, comedores comunitarios, expendios cárnicos, de bebidas alcohólicas, productos de mar, minoristas y supermercados); calidad de agua y saneamiento básico (593 Hogares de Bienestar Familiar, almacenes, bodegas, coliseos y escenarios recreativos, establecimientos educativos, EPS, estaciones de policía, gimnasios, casinos y moteles); eventos transmisibles de origen zoonótico (69 clínicas y consultorios veterinarios, establecimientos que elaboran preparados para animales, tiendas de mascotas, spa, y afines); medicamentos seguros (182 distribuidores de cosméticos, de productos de higiene, farmacias y tiendas naturistas) y por último, seguridad química (641 depósitos de materiales, establecimientos de estética, fábricas de autopartes, industrias, micro, pequeñas y medianas empresas) (29).

### ***Conclusiones***

La configuración territorial de Ciudad Bolívar se caracteriza por marcadas vulnerabilidades socioambientales, con riesgos por deslizamientos e inundaciones intensificados por las características topográficas y ecológicas de su territorio. La localidad enfrenta una inequidad estructural notable, evidenciada en un 57,4% de población en condición de pobreza monetaria y un IPM de 10,8 (casi el doble del promedio distrital), lo que se refleja espacialmente en la concentración de estratos socioeconómicos bajos y acceso limitado a servicios esenciales, particularmente en zonas periféricas y rurales.

Socioeconómicamente, la localidad cuenta con hogares que se encuentran en condiciones habitacionales precarias, caracterizadas por carencias estructurales que van más allá del espacio físico. En muchas ocasiones, residen en asentamientos donde el acceso a servicios básicos como agua potable, energía eléctrica y sistemas de saneamiento es limitado o inexistente. Esta situación se ve agravada por la incertidumbre jurídica sobre la tenencia de la tierra, ya que muchos de estos territorios están en procesos parciales o pendientes de legalización, lo que limita la inversión pública y dificulta el desarrollo integral de estas comunidades. Así, las necesidades de vivienda se entrelazan con factores socioeconómicos, legales y territoriales, conformando un escenario de vulnerabilidad multidimensional.

Las dinámicas demográficas muestran una transición hacia el envejecimiento poblacional, mientras persiste la presión urbana sobre zonas rurales y ecológicamente importantes. Simultáneamente, la calidad ambiental se ve comprometida por altos niveles de contaminación atmosférica, manejo inadecuado de residuos y actividad minera, los cuales suponen riesgos para la salud pública. Estos desafíos se intensifican con las complejas dinámicas migratorias y la diversidad poblacional que incluye comunidades étnicas, personas con discapacidad y víctimas del conflicto armado,

demandando intervenciones integrales y diferenciadas para promover un desarrollo territorial más equitativo y resiliente.

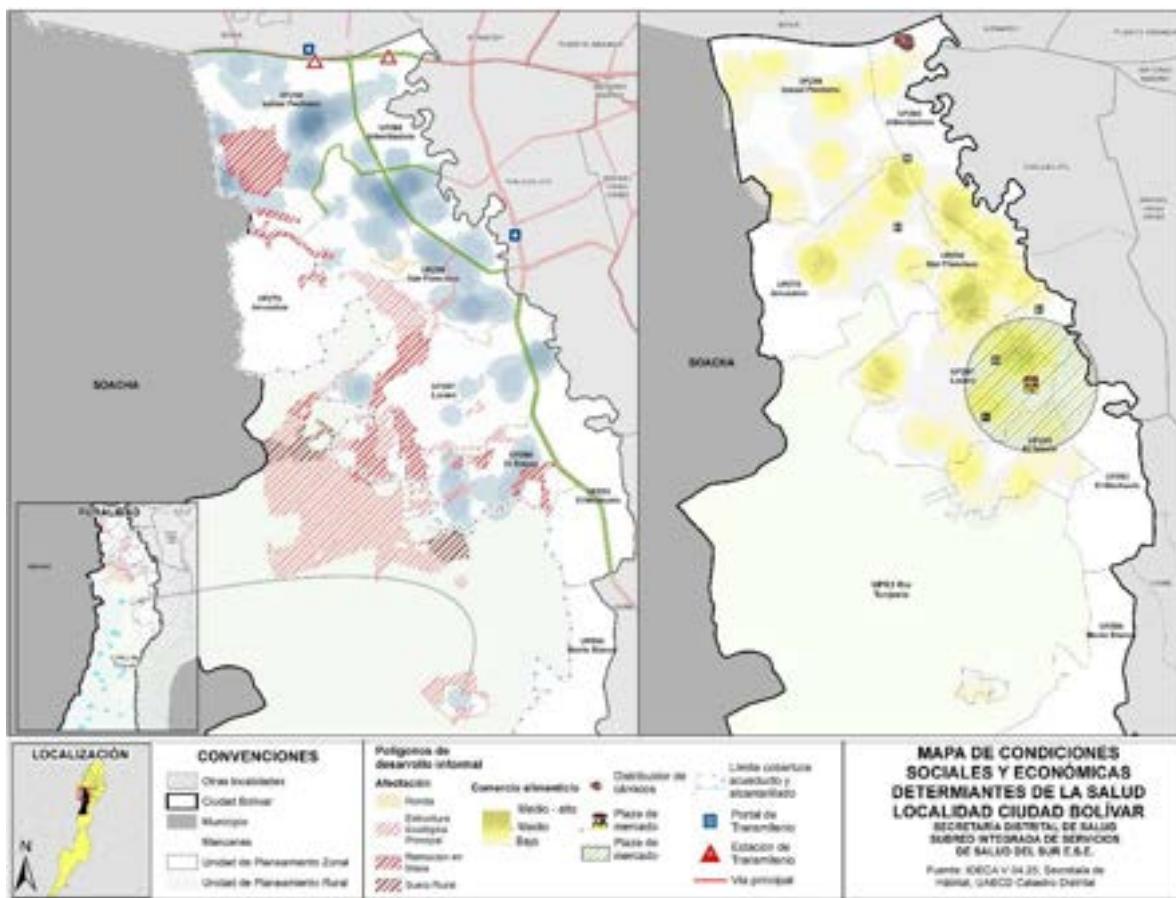
## **CAPÍTULO II CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES**

La salud, entendida desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad” (30), requiere un análisis que trascienda las condiciones biológicas individuales y aborde los factores contextuales que influyen en el bienestar colectivo. En este sentido, los determinantes sociales de la salud (DSS) proporcionan un marco conceptual clave para comprender cómo las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, junto con las fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas, moldean las condiciones de salud de una población. Estos determinantes no solo explican las diferencias en los resultados de salud, sino que también evidencian las inequidades, entendidas como desigualdades innecesarias, evitables e injustas, que afectan a los grupos más vulnerables.

En el caso de Ciudad Bolívar, las condiciones de salud están profundamente influenciadas por una serie de determinantes estructurales e intermedios que interactúan de manera compleja (ver mapa 9). Los determinantes estructurales, como la pobreza multidimensional, las desigualdades de género y las condiciones poblacionales y territoriales, definen la posición socioeconómica de los habitantes y limitan sus oportunidades de acceso a servicios básicos, incluidos los de salud. Este capítulo se encuentra organizado tomando como referencia los determinantes estructurales, los cuales tienen como consecuencia el desarrollo de diferentes situaciones de nivel intermedio como el acceso a oportunidades educativas y laborales, las violencias de género e intrafamiliar, la seguridad alimentaria y nutricional de la población, la salud ambiental y la accesibilidad a la oferta del sistema de salud, que agravan las vulnerabilidades existentes y perpetúan las inequidades. Como se verá a continuación, las situaciones de nivel intermedio se articulan a diferentes desenlaces en salud.

Antes de continuar vale la pena aclarar que las relaciones entre determinantes estructurales, situaciones intermedias y desenlaces en salud que aquí se presentan, no conservan una relación estrictamente causal, sino múltiple. Es importante abordar las problemáticas de salud pública de la localidad de Ciudad Bolívar desde una perspectiva integral que tenga en cuenta las particularidades de cada contexto y territorio, así como de cada individuo.

*Mapa 9. Condiciones sociales y económicas desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, Ciudad Bolívar, 2024*



Fuente: Datos Infraestructura Datos Espaciales de Bogotá (IDECA), Secretaría de Hábitat, Entorno Laboral Subred Sur E.S.E., 2024.

### **Eje socioeconómico**

La posición socioeconómica es un determinante clave para entender las condiciones de salud en Ciudad Bolívar. Los cambios en los indicadores socioeconómicos, como la tasa de pobreza y el desarrollo social, están directamente relacionados con las oportunidades de salud de la población. La pobreza, en particular, representa una situación de riesgo de vulneración de derechos, especialmente para los niños y niñas.

Entre 2017 (31) y 2021 el Índice de Pobreza Multidimensional aumentó en la mayoría de las UPZ, excepto en aquellas con proyectos de renovación urbana. Como se señaló en el capítulo uno, sectores como la UPZ Lucero presentan indicadores por encima del promedio distrital, reflejando vulnerabilidades en salud y acceso a servicios. Paralelamente, el incremento en la pobreza monetaria y extrema ha disminuido la capacidad de los hogares para cubrir necesidades básicas.

A pesar de que la desigualdad en la distribución del ingreso, medida por el coeficiente de Gini, se mantiene en niveles similares a los de Bogotá, persisten brechas que afectan a los sectores más vulnerables. El deterioro en las condiciones de vida en los últimos años resalta la urgencia de fortalecer políticas públicas que garanticen el acceso a recursos y oportunidades. Estas condiciones socioeconómicas tienen un impacto directo en la salud de la población, como se analizará más adelante.

Muchos de los casos de morbilidad y mortalidad que se expondrán en el capítulo tres del presente documento, ocurren en familias en situación de pobreza, ya sea monetaria o multidimensional. Estos hogares suelen enfrentar necesidades críticas en cuanto a vivienda, como falta de acceso a servicios de agua potable, luz y alcantarillado, especialmente en zonas donde los procesos de legalización de tierras están en curso. Dichas condiciones generan problemas sanitarios, de humedad e higiene, que agravan las vulnerabilidades en salud. Además, es común que muchos hogares dependan económicamente de una sola persona, que generalmente recibe ingresos derivados de labores agrícolas o ganaderas, con remuneraciones que suelen ser inferiores a un salario mínimo.

La desigualdad socioeconómica que mantiene la localidad en relación con el resto del Distrito se refleja en indicadores de salud como la salud materno-infantil y la malnutrición. En este contexto, es fundamental considerar cómo las condiciones socioeconómicas y las barreras de acceso a servicios básicos configuran un escenario de vulnerabilidad que impacta directamente en la salud de la población. La localidad requiere estrategias integrales que aborden estas inequidades, considerando tanto los determinantes estructurales como las dinámicas particulares de sus habitantes, incluyendo a las poblaciones rurales y campesinas. Solo mediante un enfoque multisectorial y diferencial se podrá mejorar el bienestar y reducir las brechas en salud en este territorio.

Por su parte, la educación es un factor fundamental en el análisis socioeconómico, ya que incide directamente en el desarrollo humano, la movilidad social y la calidad de vida de la población. En cuanto a la capacidad del sistema educativo, la tasa de cobertura bruta en Ciudad Bolívar es del 88,5 %, una cifra inferior a la de Bogotá (99,1 %) la cual busca atender la demanda educativa en todos los niveles, sin importar la edad, especialmente en la educación secundaria y media vocacional (32).

Los niveles de escolaridad predominantes en Ciudad Bolívar corresponden a la educación básica secundaria y media, seguidos por la primaria como el máximo nivel alcanzado por una parte considerable de la población. Este panorama evidencia limitaciones en el acceso a la educación superior y técnica, lo que repercute directamente en las oportunidades de empleo y desarrollo económico de los habitantes.

Tabla 4. Nivel educativo – estudios terminados, Ciudad Bolívar por UPZ, 2021.

Nivel educativo estudios terminados por UPZ	Ninguno	Preescolar	Básica primaria	Técnico	Tecnológico	Universitaria incompleta	Universitaria completa	Básica secundaria y media	Posgrado completo o incompleto
Ciudad Bolívar	3,1%	0,4%	22,2%	9,3%	3,7%	1,8%	6,1%	52,0%	1,3%
Arborizadora	0,8%	0,4%	12,1%	12,3%	7,2%	2,8%	17,4%	41,6%	5,3%
Ismael Perdomo	2,3%	0,2%	18,4%	9,5%	4,4%	2,6%	7,9%	52,9%	1,9%
Jerusalem	3,6%	0,5%	26,1%	9,3%	3,2%	1,1%	3,4%	52,4%	0,3%
Lucero	4,8%	0,7%	27,4%	7,2%	2,0%	1,2%	2,1%	54,5%	0,0%
San Francisco	2,0%	0,2%	21,6%	12,2%	4,3%	1,9%	5,8%	51,3%	0,8%

Fuente: Encuesta Multipropósito 2021, DANE.

La educación, como un determinante social clave, incide de manera significativa en la posibilidad para acceder a empleos de calidad y en la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar. Se ha establecido que un mayor nivel educativo contribuye a la reducción de las desigualdades de ingresos (33). En este contexto, la baja escolaridad de gran parte de la población está estrechamente ligada a la falta de acceso a empleos formales y bien remunerados, perpetuando condiciones de bajos ingresos y precariedad laboral. Estas desigualdades educativas restringen el desarrollo de capacidades y limitan el acceso a mejores condiciones de vida, generando ciclos de inequidad que se reflejan en indicadores de salud y calidad de vida (33).

En zonas rurales como Mochuelo, las dificultades se agravan debido a barreras geográficas y la carencia de infraestructura educativa adecuada, lo que dificulta el acceso a una educación de calidad y aumenta la tasa de deserción escolar (22). Esto resalta la importancia de la educación y la capacitación como elementos fundamentales para mejorar la productividad y facilitar el acceso a empleos de calidad.

Niveles más altos de educación están relacionados con un mejor desempeño en el mercado laboral, lo que mejora las oportunidades de inserción laboral y protege contra el desempleo (33). En Ciudad Bolívar, donde la Encuesta Multipropósito (22) ha identificado los niveles más bajos de alfabetismo y escolaridad entre jefes de hogar, esta situación se traduce en mayores dificultades para acceder a empleos formales y bien remunerados, perpetuando ciclos de pobreza y desigualdad.

La misma encuesta revela que en las UPZ de Ciudad Bolívar, como Lucero y Jerusalem, se registran los índices más bajos de alfabetismo y los niveles educativos más reducidos entre jefes de hogar

(22), reflejando las brechas educativas persistentes en la localidad. En este sentido, la educación no solo funciona como un recurso de empoderamiento dentro del hogar, sino que también influye en la distribución de recursos y el acceso a servicios esenciales como salud y alimentación (34).

En las zonas rurales de Ciudad Bolívar, la cobertura y calidad de la educación requieren una atención diferenciada. La falta de infraestructura adecuada y las barreras geográficas limitan el acceso a instituciones de calidad, afectando la continuidad educativa y las oportunidades de desarrollo de los jóvenes. Estas condiciones se suman a las dificultades en el acceso a servicios de salud, generando un escenario de vulnerabilidad que impacta integralmente en el bienestar de la población. Por ello, es fundamental considerar las particularidades de las configuraciones educativas en las zonas rurales y diseñar estrategias que respondan a sus necesidades específicas.

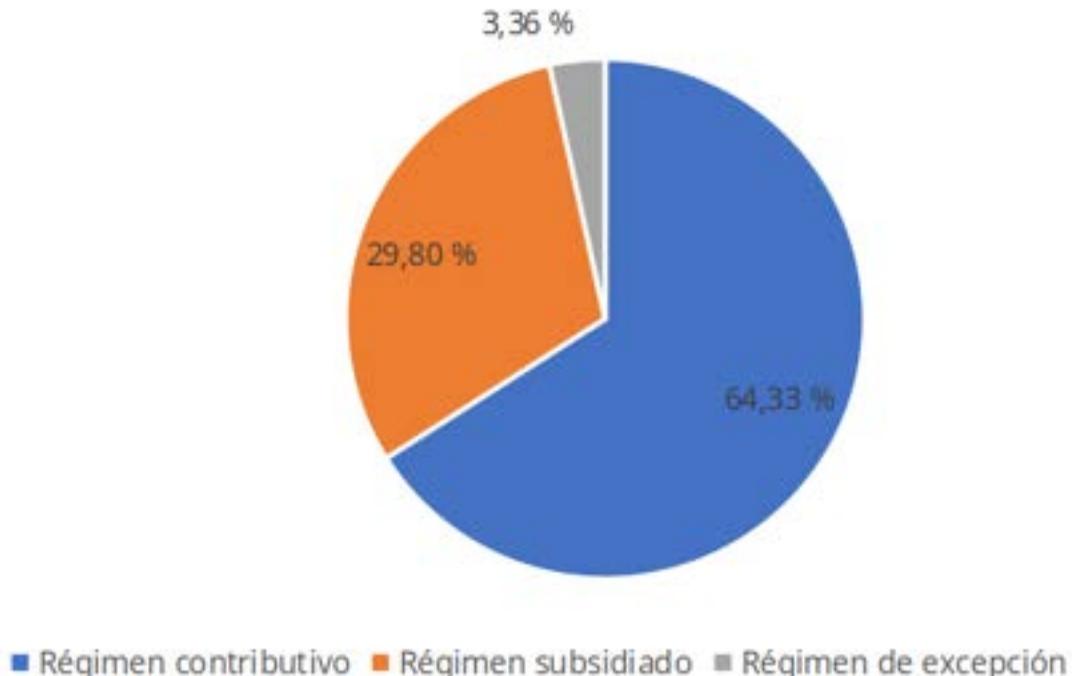
Frente al panorama laboral, según la Encuesta Multipropósito (EMP) de 2021, la población en edad de trabajar en Ciudad Bolívar representaba el 76% de la población total, un aumento de un punto porcentual en comparación con 2017. Sin embargo, este porcentaje varía entre las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ). La UPZ Arborizadora registró la mayor proporción de población en edad laboral con un 80%, seguida de Ismael Perdomo (77%), San Francisco (78%) y Jerusalén (75%), mientras que la UPZ Lucero presentó el porcentaje más bajo con un 74% (22).

Este panorama indica que Ciudad Bolívar cuenta con una gran proporción de personas en capacidad de trabajar, lo que representa un potencial significativo para el desarrollo económico de la localidad. No obstante, este potencial se enfrenta a un mercado laboral con limitaciones estructurales, caracterizado por altas tasas de desempleo, empleo informal y una escasez de oportunidades formales. La desigualdad en la distribución de la población trabajadora entre las UPZ sugiere también que algunas zonas pueden enfrentar mayores barreras para la generación de empleo y el acceso a recursos económicos, lo que profundiza las brechas socioeconómicas dentro del territorio.

En 2021 la localidad registró una tasa de ocupación del 53%, inferior al promedio de Bogotá (56,6%) (22) y con una caída de cuatro puntos porcentuales respecto a 2017 (31). Paralelamente, la tasa de desempleo alcanzó el 16%, evidenciando un mercado laboral debilitado y con pocas oportunidades formales de inserción (22). Esta situación se agrava al observar que, para 2023, el 53,6% de los trabajadores en Ciudad Bolívar se encontraba vinculado al sector informal, lo que conlleva condiciones laborales precarias, inestabilidad en el ingreso y un acceso limitado —o nulo— a prestaciones sociales como salud, pensión o protección frente a accidentes laborales (35).

Estos indicadores reflejan no solo una insuficiencia en la generación de empleo formal, sino también una estructura económica local que reproduce la desigualdad y perpetúa la vulnerabilidad social. Abordar esta fragilidad requiere intervenciones integrales que promuevan el empleo digno, fortalezcan la protección social y generen alternativas sostenibles para los trabajadores informales.

Gráfico 1. Porcentaje de población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud por tipo de régimen, Bogotá-Ciudad Bolívar, 2024



Fuente: Datos Observatorio de Salud Bogotá 2024

Las dificultades laborales no solo afectan el nivel de ingresos de la población, sino que también tienen repercusiones directas en la salud. La informalidad y las ventas ambulantes, comunes en Ciudad Bolívar, están asociadas con condiciones laborales precarias y trabajos físicamente exigentes, lo que conlleva a desenlaces relacionados con enfermedades musculoesqueléticas, malas posturas e inseguridad alimentaria. Además, la inestabilidad laboral y la falta de ingresos generan estrés y ansiedad, afectando la salud mental de la población (36).

Por otra parte, la seguridad alimentaria y nutricional es un derecho humano fundamental, estrechamente vinculado con la dignidad humana y la calidad de vida. Este derecho implica el acceso físico y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos, garantizando el bienestar integral de las personas, especialmente de los grupos más vulnerables (20). En Ciudad Bolívar, la seguridad alimentaria no solo abarca la desnutrición aguda, sino también otras alteraciones nutricionales, como el sobrepeso, la obesidad y el bajo peso, presentes en distintas etapas de la vida, incluyendo gestantes y personas mayores. Estas problemáticas reflejan las desigualdades sociales y económicas de la localidad, así como las barreras de acceso a alimentos adecuados y servicios de salud.

La desnutrición en Ciudad Bolívar se concentra principalmente en las UPZ Jerusalén y Lucero, zonas con dificultades de conectividad debido a la falta de infraestructura vial y la baja cobertura del transporte público. Estas limitaciones, sumadas a la pobreza y desigualdad del territorio, restringen el acceso a alimentos nutritivos. Entre 2017 y 2021, el número de hogares que reportaron no consumir ninguna comida en un día determinado aumentó en todas las UPZ de Ciudad Bolívar, según la Encuesta Multipropósito (22) (31). Esto evidencia una creciente inseguridad alimentaria, acentuada por la inestabilidad en el acceso a alimentos y el desconocimiento de la comunidad sobre problemáticas como el sobrepeso y la obesidad, que también constituyen formas de malnutrición con implicaciones para la salud.

El indicador de seguridad alimentaria y nutricional está estrechamente relacionado con las condiciones de pobreza y desigualdad en la localidad. Entre 2017 y 2021, el número de hogares que reportaron no consumir ninguna comida en un día determinado aumentó en todas las UPZ de Ciudad Bolívar, según la Encuesta Multipropósito (22) (31). Este dato refleja una creciente inseguridad alimentaria, agravada por la falta de estabilidad en el acceso a alimentos y el desconocimiento de la comunidad sobre problemáticas como el sobrepeso y la obesidad, que también son formas de malnutrición con graves implicaciones para la salud.

En las zonas rurales de Ciudad Bolívar, como Mochuelo, la seguridad alimentaria se ve afectada por factores de riesgo específicos, como las barreras geográficas y el acceso limitado a servicios de salud. Además, el uso de agroquímicos y los cambios en el uso del suelo impactan directa e indirectamente el estado nutricional de la población. Estos factores, sumados a la falta de información sobre buenas prácticas nutricionales y hábitos de vida saludable, contribuyen a perpetuar las condiciones de malnutrición en la localidad.

El acceso restringido a alimentos nutritivos no es solo un problema de escasez, sino una manifestación de la desigualdad en la distribución de recursos y oportunidades (37). En Ciudad Bolívar y el distrito, el aumento de la pobreza y la inseguridad económica ha reducido la capacidad de los hogares para alimentarse adecuadamente, perpetuando ciclos de vulnerabilidad y exclusión social. Esta situación afecta especialmente a sectores donde las limitaciones en empleo e ingresos restringen el acceso a alimentos de calidad, profundizando la desigualdad intergeneracional (37). La inseguridad alimentaria impacta directamente el desarrollo físico, cognitivo y emocional de los niños, poniendo en riesgo su bienestar futuro. En este contexto, garantizar la seguridad alimentaria no solo es una cuestión de salud pública, sino un compromiso con la justicia social y el respeto a los derechos fundamentales.

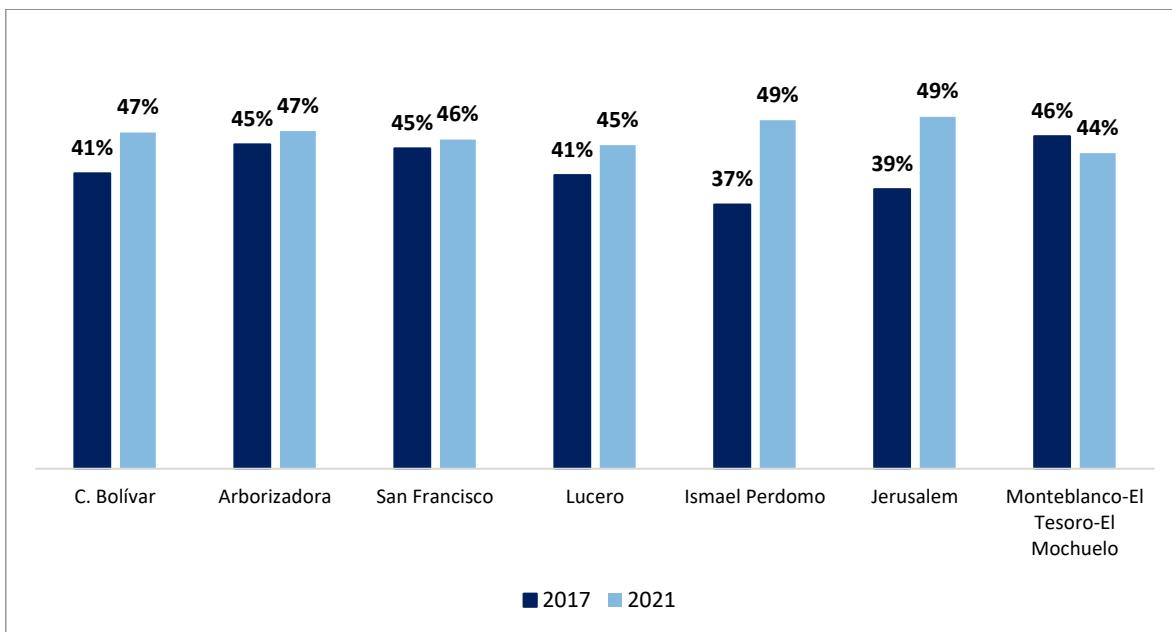
### ***Eje Género***

El género, como determinante social de la salud, juega un papel fundamental en la configuración de las desigualdades y vulnerabilidades que afectan a la población de Ciudad Bolívar. Las construcciones sociales y culturales asociadas al género influyen en las oportunidades de acceso a servicios de salud, en las prácticas de cuidado y en las expresiones de violencia que impactan de manera diferenciada a hombres, mujeres y personas LGBTI. En una localidad marcada por la pobreza, la exclusión y las

barreras geográficas, estas dinámicas adquieren matices particulares que requieren un análisis detallado.

Tal como se señaló en el capítulo anterior, las mujeres constituyen el 50,2% de los 661.592 habitantes de la localidad, según datos de 2023. Esta distribución demográfica resalta la necesidad de analizar los determinantes sociales que afectan a las mujeres y a la población LGBT en este territorio.

Gráfico 4. Porcentaje de hogares con jefatura mujer, Ciudad Bolívar por UPZ, 2021



Fuente: Encuesta Multipropósito 2021, DANE.

Un aspecto relevante es la jefatura femenina en los hogares. A nivel de Bogotá, la Encuesta Multipropósito de 2021 evidenció un incremento en los hogares con jefatura femenina, pasando del 41% en 2017 al 47% en 2021. Esta tendencia también se refleja en las UPZ, pues para todas aumentó la jefatura femenina, exceptuando a Monteblanco y Mochuelo. Las mujeres cabeza de hogar enfrentan desafíos particulares, como la conciliación entre responsabilidades laborales y domésticas, acceso limitado a oportunidades económicas y vulnerabilidad a la pobreza. Este dato subraya el papel crucial de las mujeres en la estructura familiar y económica de la localidad. Sin embargo, también pone en evidencia las cargas desproporcionadas de trabajo no remunerado principalmente asociado al cuidado y labores domésticas. Autoras como Silvia Federici (38) señalan que esta división sexual del trabajo, socialmente construida, limita su acceso a educación, empleo formal y participación política, perpetuando la pobreza de tiempo. La invisibilización de este trabajo, según la CEPAL (2022), refuerza estereotipos que justifican brechas salariales y exclusión de sectores económicos de mayor valor.

El trabajo no remunerado, principalmente asociado al cuidado y labores domésticas, opera como un pilar invisible de la economía que sostiene la reproducción social, pero perpetúa la desigualdad. Silvia Federici explica que esta carga recae desproporcionadamente en las mujeres debido a la división sexual del trabajo, un constructo social que naturaliza su rol como cuidadoras. Esta dinámica

no solo consume horas que podrían destinarse a educación o empleo formal, sino que también profundiza la pobreza de tiempo, un concepto clave que limita su movilidad económica y participación política.

La violencia de género se refiere a los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas debido a su género. Tiene su origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y la existencia de normas dañinas. El término se utiliza principalmente para subrayar el hecho de que las diferencias estructurales de poder basadas en el género colocan a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia. Si bien las mujeres y niñas sufren violencia de género de manera desproporcionada, los hombres y los niños también pueden ser blanco de ella (39).

En Ciudad Bolívar, se registraron 10.300 casos de violencia intrafamiliar entre los años 2022 y 2024, lo que la posiciona como la localidad con mayor incidencia de estos hechos en Bogotá (40). Este tipo de violencia se manifiesta de diversas formas, con tasas por cada 100.000 habitantes que superan el promedio distrital: violencia emocional (1.040), violencia por abandono (424), violencia por negligencia (414,8), violencia física (329,3), violencia sexual (305,9) y violencia económica (37) (41). Estas cifras elevadas evidencian la urgente necesidad de priorizar su abordaje en las estrategias de intervención. Este fenómeno, junto con otras expresiones de violencia basada en género, impacta directamente en la salud física y mental de las víctimas. En el caso de los hombres, las normas sociales asociadas a la masculinidad también tienen implicaciones en la salud mental. Estudios muestran que la presión por cumplir el rol de proveedor, la dificultad para expresar emociones y la exigencia de proyectar fortaleza influyen en el bienestar emocional (42). La ausencia de redes de apoyo psicosocial y la falta de servicios de salud mental accesibles y culturalmente pertinentes agravan este panorama.

En las zonas rurales, como Mochuelo, las barreras geográficas y la limitada frecuencia del transporte público reducen aún más el acceso oportuno a servicios de salud. Esto impacta de manera particular a mujeres gestantes o en condiciones de vulnerabilidad, situación que se ve acentuada por restricciones económicas que limitan el acceso a tratamientos médicos y a una alimentación adecuada (43).

En cuanto a la población LGBT, la Encuesta Multipropósito identificó en Ciudad Bolívar a 1.569 personas que se reconocen como parte de esta comunidad, representando el 0,9% de la población local. Esta cifra, aunque puede subestimar la realidad debido a posibles subregistros, indica la presencia de una comunidad que enfrenta desafíos específicos en términos de discriminación, acceso a servicios de salud y reconocimiento de derechos.

En el ámbito de la salud, las personas con orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género, y características sexuales no normativas (OSIEGCS) enfrentan barreras derivadas tanto de prácticas discriminatorias como de la falta de servicios culturalmente competentes. La atención médica suele estar atravesada por modelos de atención no afirmativos que invisibilizan las necesidades específicas de esta población. El no reconocimiento identitario por parte del personal de salud, junto con la ausencia de rutas claras para acceder a terapias hormonales, cirugías de

afirmación de género o atención en salud mental, reproduce mecanismos simbólicos de exclusión que afectan el acceso y la calidad del servicio, limitando así el derecho a la salud (44).

En este contexto, es evidente que las construcciones de género y las dinámicas sociales asociadas a ellas configuran un escenario de vulnerabilidad que requiere un enfoque integral y diferencial. La intersección entre género, pobreza y acceso a servicios de salud en Ciudad Bolívar evidencia la necesidad de abordar estas problemáticas desde una perspectiva que considere las particularidades del territorio y las necesidades específicas de sus habitantes.

### ***Eje poblacional***

El acceso a la salud en Ciudad Bolívar está marcado por profundas inequidades que afectan de manera diferencial a poblaciones en condición de vulnerabilidad, como indígenas, afrodescendientes, víctimas del desplazamiento forzado, personas con discapacidad, migrantes internacionales, población campesina, habitantes de calle y personas que realizan actividades sexuales pagadas (ASP). Estas poblaciones enfrentan barreras estructurales que limitan su derecho a la salud, configurando escenarios de exclusión, desigualdad y riesgo para su bienestar. Uno de los principales problemas que enfrentan las poblaciones diferenciales en Ciudad Bolívar es la dificultad para acceder a servicios de salud oportunos y de calidad. Según la Encuesta Multipropósito 2021, los principales motivos de inasistencia a consulta médica en Bogotá fueron la falta de dinero (31,3%) y las dificultades en la asignación de citas (28,5%) (22). Para los sectores más vulnerables, estos factores se combinan con obstáculos adicionales como la discriminación, la falta de enfoque diferencial y la carencia de infraestructura de salud en sectores periféricos y rurales.

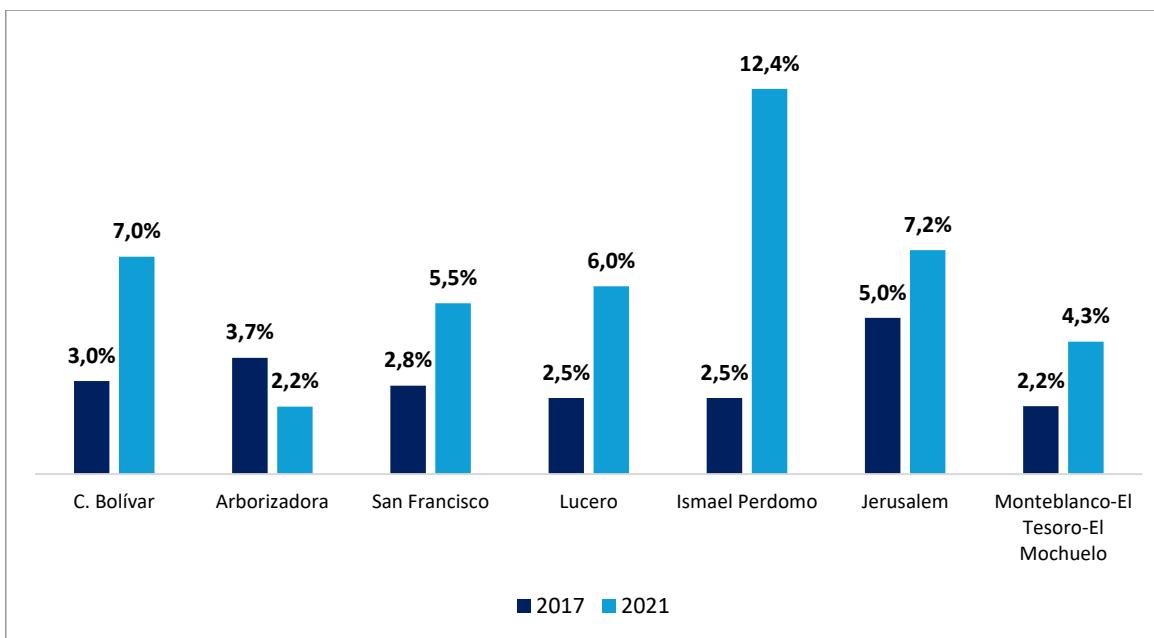
En el caso de la población indígena residente en Ciudad Bolívar, compuesta por diversas comunidades, principalmente del pueblo Muisca y Embera, el acceso a servicios de salud se ve afectado por la escasa incorporación de prácticas interculturales en la atención médica. La falta de pertinencia cultural y la dificultad para articular saberes tradicionales con el sistema biomédico generan desconfianza y subutilización de los servicios de salud, lo que incrementa la automedicación y la atención dentro de la comunidad sin respaldo institucional. Además, el desconocimiento por parte del personal sanitario sobre enfermedades prevalentes en esta población y la barrera idiomática, refuerzan la exclusión.

La población afrodescendiente, aunque minoritaria en la localidad, enfrenta barreras similares, especialmente en términos de discriminación racial en la atención médica y acceso limitado a especialistas. La Encuesta Multipropósito 2021 indica que, en Bogotá, el 26,8% de la población afrocolombiana reportó haber sido víctima de discriminación en algún momento, lo que repercute en la confianza para acceder a los servicios de salud. En particular, las mujeres afrodescendientes en Ciudad Bolívar tienen mayores dificultades para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva debido a prejuicios institucionales y barreras económicas.

Las víctimas del desplazamiento forzado, una población significativa en la localidad debido a la llegada constante de familias expulsadas de otras regiones del país por el conflicto armado,

enfrentan dificultades adicionales debido a la precariedad de sus condiciones de vida. La falta de documentación, el desconocimiento del sistema de salud y la priorización de la supervivencia diaria sobre la atención médica contribuyen a una menor cobertura en esta población. En términos de salud mental, los traumas derivados del desplazamiento, la violencia sufrida y las condiciones de pobreza extrema aumentan el riesgo de ansiedad, depresión y trastornos posttraumáticos no tratados.

Gráfico 5. Porcentaje de población migrante en los últimos 5 años, Ciudad Bolívar por UPZ, 2021



Fuente: Encuesta Multipropósito 2021, DANE.

La población migrante internacional, particularmente proveniente de Venezuela, enfrenta obstáculos similares. Aunque existe un acceso parcial a la atención en urgencias y programas específicos para mujeres gestantes y niños, la falta de afiliación al sistema de salud impide la atención continua y especializada. Además, enfrentan altos niveles de discriminación en la atención médica y dificultades para acceder a tratamientos por enfermedades crónicas o de alto costo, lo que agrava su situación de salud y calidad de vida (45).

Más allá del acceso al sistema de salud, las condiciones de vida en Ciudad Bolívar configuran determinantes críticos para la salud de estas poblaciones. La alta informalidad laboral, el hacinamiento, la inseguridad alimentaria y la exposición a ambientes de riesgo afectan especialmente a personas con discapacidad, población rural, ASP y habitantes de calle. Las personas con discapacidad enfrentan barreras estructurales debido a la falta de infraestructura adecuada en la localidad. La Encuesta Multipropósito 2021 reporta que, en Bogotá, el 58,2% de las personas con discapacidad no tiene acceso a transporte adaptado, lo que en Ciudad Bolívar se traduce en dificultades extremas para asistir a citas médicas. Adicionalmente, el acceso a terapias de rehabilitación es limitado debido a la baja oferta en la Subred Sur y la necesidad de trasladarse a otras localidades para recibir atención especializada.

La población rural y campesina, ubicada principalmente en la UPZ Mochuelo, enfrenta problemas relacionados con la distancia a los centros de salud y la falta de cobertura en el régimen subsidiado. Las mujeres rurales tienen dificultades para acceder a controles prenatales y atención ginecológica oportuna, mientras que la población infantil enfrenta mayores riesgos de desnutrición y enfermedades infecciosas debido a la precariedad en el acceso a agua potable y saneamiento.

Las personas que realizan actividades sexuales pagadas (ASP) enfrentan un panorama aún más complejo, en tanto la criminalización de su actividad impide el acceso a programas de salud específicos y genera un ambiente de constante exposición a riesgos de violencia, abuso y enfermedades de transmisión sexual. La estigmatización por parte del personal de salud y la ausencia de servicios especializados en la Subred Sur dificultan la prevención y tratamiento de ITS, así como el acceso a anticoncepción y servicios de salud mental.

Por su parte, los habitantes de calle, en su mayoría hombres adultos con antecedentes de consumo problemático de sustancias, encuentran enormes barreras para recibir atención en salud integral. La falta de documentos de identificación y la negativa de algunos centros de salud para brindar atención a esta población agravan sus condiciones de salud, sumando enfermedades infecciosas, desnutrición severa y problemas psiquiátricos sin tratamiento.

En términos de interseccionalidad, las violencias basadas en género y la discriminación hacia las poblaciones diferenciales agravan las desigualdades en salud. En Ciudad Bolívar, las mujeres indígenas y afrodescendientes enfrentan riesgos de violencia obstétrica, estigmatización en la atención de salud sexual y reproductiva, así como dificultades en el acceso a anticoncepción y planificación familiar. Las mujeres víctimas del conflicto armado experimentan altos niveles de violencia sexual y psicológica, con secuelas que no son atendidas adecuadamente debido a la falta de programas especializados.

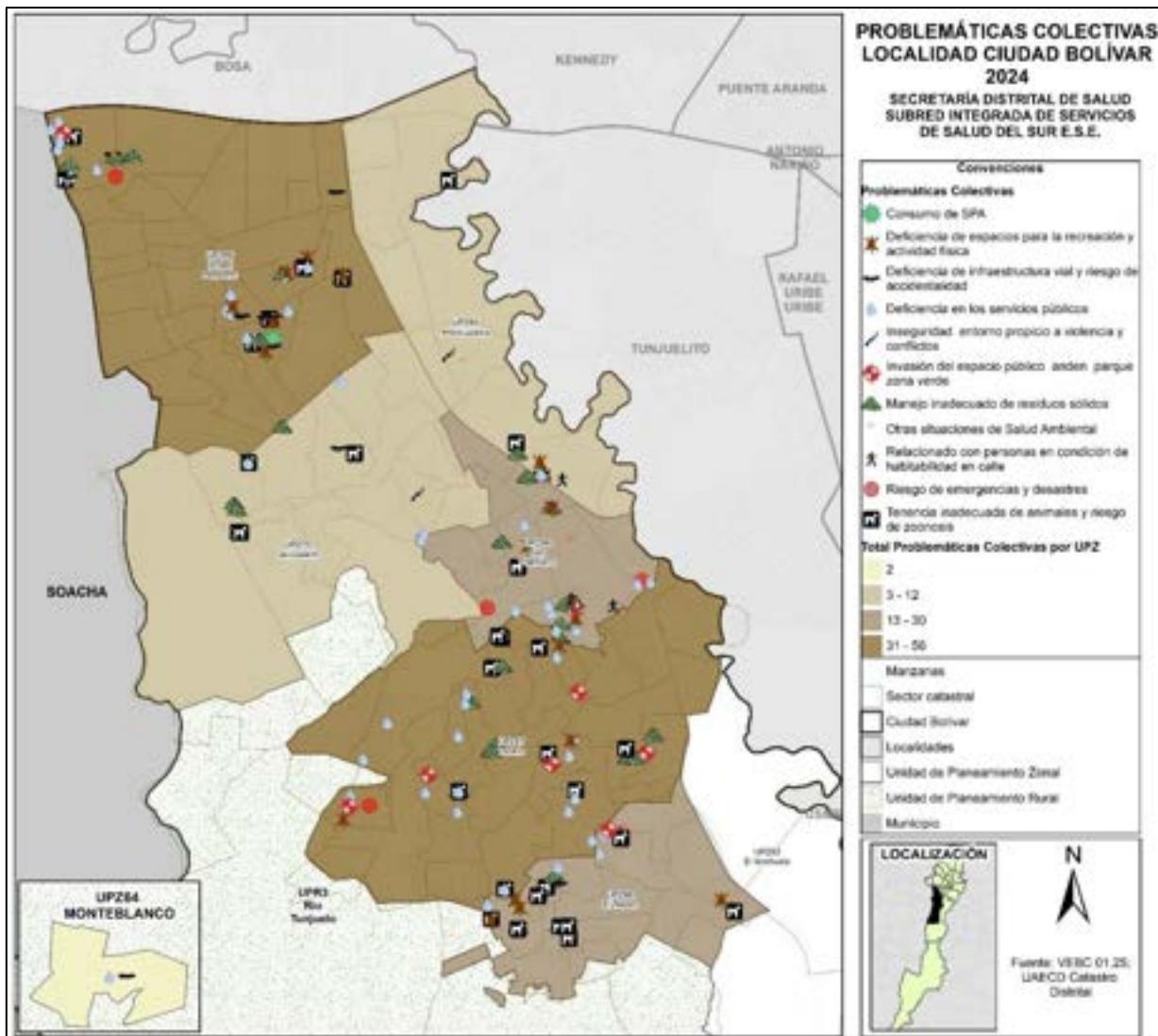
### ***Eje Territorial***

A nivel territorial, se ha mencionado cómo Ciudad Bolívar es una de las localidades más extensas y pobladas de Bogotá, caracterizada por una urbanización acelerada y un alto grado de vulnerabilidad socioeconómica. La configuración del territorio, con zonas de ladera, asentamientos informales y deficiencia en infraestructura urbana, influye directamente en las condiciones de vida de sus habitantes y en la manifestación de diversas problemáticas sociales y ambientales.

Uno de los principales problemas identificados en la localidad es la deficiencia en los servicios públicos básicos, lo que afecta especialmente a los sectores con mayor densidad poblacional y a los asentamientos informales. La falta de acceso a agua potable, alcantarillado y energía eléctrica impacta negativamente la salud pública, facilitando la propagación de enfermedades de origen hídrico y afectando la calidad de vida de la población. Esta problemática es particularmente grave en las UPZ con mayor proporción de vivienda informal, donde las conexiones ilegales o la ausencia de infraestructura agravan la situación (46).

El manejo inadecuado de residuos sólidos es otra problemática que afecta la salud ambiental y el bienestar de los habitantes. La acumulación de basura en espacios públicos, quebradas y vías de acceso se debe en parte a la insuficiencia del servicio de recolección y a prácticas inadecuadas de disposición final. Esto genera focos de infección, proliferación de vectores y contribuye a la contaminación del agua y del suelo, lo que repercuten en la salud de la población, especialmente de niños y adultos mayores.

Mapa 10. Problemáticas colectivas, Ciudad Bolívar, 2024



Fuente: Datos Infraestructura Datos Espaciales de Bogotá (IDECA)- VEBC, 2024.

La tenencia inadecuada de animales y el riesgo de zoonosis también emergen como factores relevantes. La presencia de animales en condiciones de abandono, sin control sanitario ni vacunación, genera riesgos de enfermedades transmisibles a humanos. En sectores con alta densidad poblacional, la interacción entre humanos y animales sin medidas adecuadas de salud

pública puede incrementar la exposición a enfermedades como la rabia o infecciones parasitarias (46).

Asimismo, la deficiencia de espacios para la recreación y la actividad física limita las oportunidades de esparcimiento y promoción de la salud en la localidad. La escasez de parques, polideportivos y zonas verdes accesibles afecta particularmente a la población infantil y juvenil, restringiendo su desarrollo físico y emocional. La falta de estos espacios también se asocia con un mayor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, como la obesidad y la diabetes, debido a la reducida posibilidad de realizar actividad física regular.

Por otro lado, la deficiencia de infraestructura vial y el riesgo de accidentalidad reflejan un problema de movilidad y seguridad en la localidad. Las vías en mal estado, la falta de andenes adecuados y la insuficiencia de señalización vial aumentan la incidencia de accidentes de tránsito, especialmente para peatones y motociclistas. Además, la falta de transporte público eficiente afecta la accesibilidad de la población a servicios de salud y educación, profundizando las desigualdades en el territorio (46).

La invasión del espacio público, particularmente en andenes, parques y zonas verdes, es una problemática que está vinculada con el crecimiento desordenado de la localidad y la insuficiencia de espacios comerciales formales. La proliferación de vendedores informales en calles y espacios peatonales genera conflictos por el uso del territorio y dificulta la movilidad, además de contribuir a la percepción de desorden urbano. Este fenómeno también puede estar relacionado con la falta de oportunidades laborales y la necesidad de subsistencia de sectores vulnerables de la población (46).

A medida que estas problemáticas se interrelacionan con las condiciones socioeconómicas de los habitantes de Ciudad Bolívar, es posible identificar patrones de desigualdad que afectan diferencialmente a ciertos sectores de la población. La ubicación geográfica y la precariedad en la urbanización intensifican la vulnerabilidad de los habitantes, generando impactos en su salud y bienestar.

Además de las problemáticas ya mencionadas, otro factor determinante en la localidad es la precariedad en el acceso a infraestructura y equipamientos urbanos esenciales, lo que repercute directamente en la calidad de vida de sus habitantes. La carencia de servicios públicos adecuados, el acceso limitado a agua potable y las deficiencias en el alcantarillado y recolección de basuras son realidades persistentes en algunas UPZ, especialmente en aquellas con mayor informalidad en la urbanización. Estas condiciones no solo afectan la salud ambiental y aumentan la exposición a enfermedades infecciosas, sino que también agravan la percepción de abandono estatal y exclusión social en el territorio (46).

Las dificultades de movilidad en la localidad también se consolidan como un factor estructural que intensifica las desigualdades. Ciudad Bolívar se encuentra en una posición geográfica que dificulta la accesibilidad a servicios básicos, como educación y salud, debido a la escasez de transporte público eficiente en algunas zonas y la fragmentación del territorio. La falta de infraestructura vial adecuada

en sectores de ladera o áreas no legalizadas restringe la conectividad con otros puntos de la ciudad, lo que incrementa los tiempos y costos de desplazamiento para los habitantes. Esto a su vez genera barreras para la inserción laboral, educativa y el acceso a atención médica oportuna, exacerbando las condiciones de exclusión social y precarización económica.

Otro aspecto relevante es la fragmentación sociocultural y la coexistencia de múltiples realidades dentro de la misma localidad. Ciudad Bolívar alberga una población diversa, compuesta por comunidades indígenas, afrodescendientes, víctimas del conflicto armado y migrantes internacionales, cada una con dinámicas específicas de asentamiento y acceso desigual a recursos. Esta diversidad genera tanto riqueza cultural como tensiones sociales, derivadas de la competencia por recursos limitados y la ausencia de políticas públicas que reconozcan y atiendan las particularidades de cada grupo. En este contexto, la falta de mecanismos efectivos de participación ciudadana profundiza la brecha entre la comunidad y las instituciones gubernamentales, impidiendo una planificación territorial que responda a las necesidades reales de la población.

En términos de seguridad, Ciudad Bolívar enfrenta una serie de problemáticas estructurales relacionadas con la presencia de economías ilegales, violencia urbana y dinámicas de control territorial ejercidas por actores informales. La presencia de grupos armados, redes de microtráfico y prácticas de justicia por mano propia en algunos sectores, refuerzan el sentimiento de inseguridad en la comunidad y limitan el ejercicio de derechos fundamentales. En particular, la población joven está altamente expuesta a la vinculación con economías ilícitas como mecanismo de supervivencia ante la falta de oportunidades laborales y educativas. Esta situación no solo impacta a nivel individual, sino que también repercute en la cohesión social del territorio, reforzando estigmas negativos sobre la localidad y reduciendo las posibilidades de desarrollo comunitario (46).

Finalmente, las condiciones ambientales en Ciudad Bolívar también configuran un determinante clave en la salud y bienestar de sus habitantes. La contaminación del aire y la deforestación, sumadas a la inestabilidad del suelo en ciertas áreas, representan riesgos latentes para la población. En particular, la urbanización acelerada y no planificada ha generado problemas de erosión y remoción en masa, afectando la seguridad de cientos de familias asentadas en zonas de alto riesgo. A esto se suma la deficiencia en la recolección y disposición final de residuos, lo que impacta negativamente la calidad ambiental del territorio y propicia la proliferación de vectores de enfermedades.

Por otro lado, la vivienda no es solo un espacio físico donde las personas habitan, sino también un entorno de socialización que incide directamente en la calidad de vida de sus ocupantes. Para que una vivienda cumpla plenamente su función de hogar, debe proporcionar un entorno seguro, saludable y propicio para el desarrollo individual y colectivo (47). En este sentido, el hogar no solo representa un espacio de residencia, sino también una red de relaciones que contribuyen al bienestar individual y colectivo. Según el DANE (48), un hogar se define como una persona o grupo de personas que ocupan la totalidad o parte de una vivienda y que se han asociado para compartir la dormida y/o la comida.

En el contexto de Ciudad Bolívar, la situación habitacional representa un reto principalmente en términos cualitativos. El déficit habitacional en 2021 fue del 17,7%, con un total de 36.436 viviendas en esta condición, superando el promedio del distrito, que se ubicó en el 8,9 % (22). Del total de las viviendas de la localidad registradas por la Encuesta Multipropósito, el déficit habitacional cualitativo alcanzó el 14,6 %, reflejando problemas relacionados con carencias estructurales y falta de espacio, mientras que el déficit cuantitativo, que mide la cantidad de viviendas necesarias para alojar a la población, se situó en 3,1 %. En contraste, en la ciudad el déficit cualitativo fue del 7,8 % y el cuantitativo del 1 %. La situación en la zona rural fue aún más crítica, con un déficit habitacional del 55,5 %, superando el promedio distrital (44,2 %), con un déficit cualitativo del 32,6 % y un cuantitativo del 22,9 %, este último muy por encima del 8,7 % registrado a nivel distrital (22).

El hacinamiento sigue siendo una problemática relevante en el sector, afectando tanto a las zonas urbanas como rurales. En el área urbana, el 13,4% de los hogares enfrenta hacinamiento mitigable, mientras que en la zona rural esta cifra asciende al 18,3% (22). Este tipo de hacinamiento se presenta cuando el número de personas en el hogar supera la capacidad del espacio disponible, aunque podría resolverse con adecuaciones estructurales. Sin embargo, el 0,9% de los hogares urbanos vive en condiciones de hacinamiento no mitigable, donde las limitaciones estructurales impiden cualquier ampliación o redistribución del espacio para garantizar condiciones dignas de vida (47). Estas situaciones afectan significativamente la calidad de vida de los habitantes, generando estrés, falta de privacidad y dificultades para realizar actividades esenciales como el estudio y el descanso.

En Ciudad Bolívar existe un cubrimiento significativo en servicios públicos domiciliarios: la cobertura en este tipo de servicios en la localidad es de 99,7% en acueducto, 99,6% en alcantarillado, 99,0% en recolección de Basuras, 99,8% en energía eléctrica, 97% en gas natural, 46,2% telefonía Fija y 49,4% conexión a internet (22). Además, existen nueve acueductos veredales, los cuales son administrados por la misma comunidad a través del sistema de asociaciones y juntas administradoras locales del agua. Este sistema cuenta con 3.066 suscriptores y 13.778 personas que se benefician del servicio. De acuerdo con los datos del comportamiento de la calidad del agua para el consumo humano en los acueductos veredales de Ciudad Bolívar para el año 2019, se establecieron los indicadores –IRCA- que evalúan el comportamiento de dicho riesgo. En el caso de los acueductos veredales de la localidad, el promedio de IRCA es de 14,3%, lo que significa que en general el agua proveniente de éstos está en nivel medio para el consumo humano.

## **CONCLUSIONES**

El análisis socioeconómico evidencia la materialización de determinantes estructurales en condiciones de vulnerabilidad que impactan directamente la salud poblacional. El deterioro del Índice de Pobreza Multidimensional entre 2017 y 2021, junto con una tasa educativa inferior al promedio bogotano, revela obstáculos para el desarrollo humano, particularmente en UPZ como Lucero y Jerusalén. La precariedad laboral, caracterizada por 53,6% de informalidad, 16% de desempleo y trabajos con baja remuneración, configura un escenario de inestabilidad que genera estrés, problemas musculoesqueléticos y trastornos mentales. La inseguridad alimentaria creciente entre 2017 y 2021 confirma cómo estos determinantes restringen el acceso a alimentación adecuada, perpetuando desigualdades intergeneracionales.

Las construcciones sociales de género operan como determinantes estructurales que configuran vulnerabilidades específicas. El incremento de jefatura femenina del 41% al 47% entre 2017 y 2021 expone a las mujeres a cargas desproporcionadas de trabajo no remunerado, generando "pobreza de tiempo" que limita oportunidades de desarrollo. Ciudad Bolívar presenta la mayor incidencia de violencia intrafamiliar en Bogotá, evidenciando relaciones de poder desiguales que impactan la salud física y mental. La interseccionalidad género-pobreza-territorio genera vulnerabilidades adicionales para población LGBTI, quienes enfrentan discriminación y ausencia de servicios culturalmente competentes, configurando mecanismos de exclusión que limitan el ejercicio del derecho a la salud.

Las inequidades en acceso a servicios trascienden factores económicos para constituir un sistema complejo de exclusiones diferenciales. Poblaciones específicas enfrentan barreras múltiples: indígenas por escasa interculturalidad, afrodescendientes por discriminación racial, víctimas de desplazamiento por precariedad documental y traumas no tratados, y migrantes venezolanos por limitaciones en afiliación al sistema. La interseccionalidad se agudiza en personas con discapacidad (58,2% sin transporte adaptado), población rural con restricciones geográficas, personas que realizan actividades sexuales pagadas enfrentando criminalización, y personas en habitabilidad de calle con barreras documentales e institucionales. Esta configuración evidencia que las inequidades requieren intervenciones integrales con enfoque diferencial y territorial.

La configuración espacial y deficiencias en infraestructura urbana intensifican vulnerabilidades en salud de manera diferencial. La carencia de servicios públicos básicos en asentamientos informales facilita enfermedades de origen hídrico, mientras que el manejo inadecuado de residuos, tenencia animal sin control sanitario y escasez de espacios recreativos, incrementan la exposición a enfermedades infecciosas y patologías crónicas no transmisibles. Las problemáticas de movilidad y condiciones habitacionales precarias, con déficit del 17,7% superando el promedio distrital, consolidan una situación de exclusión territorial. El hacinamiento, fragmentación sociocultural, presencia de economías ilegales y riesgos ambientales por urbanización no planificada configuran un territorio donde los determinantes estructurales limitan sistemáticamente las oportunidades de bienestar y perpetúan ciclos de vulnerabilidad intergeneracional.

Estos hallazgos confirman que en Ciudad Bolívar los determinantes sociales de la salud operan de manera sinérgica, requiriendo intervenciones multisectoriales que aborden simultáneamente las inequidades estructurales desde una perspectiva integral, diferencial y territorial.

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

#### 3.1 *Configuración de la Morbilidad en la localidad:*

Según datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), entre los años 2019 y 2023, junto con el primer semestre de 2024, se registraron 1.377.760 atenciones en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la localidad de Ciudad Bolívar.

El análisis de la tendencia anual (2019-2023) muestra que el año 2019 concentró el mayor número de atenciones, con 313.300 registros, representando el 23,4% del total. En 2020, se evidenció una disminución significativa de 6,0 puntos porcentuales respecto a 2019, equivalente a 80.262 atenciones menos, registrando 233.038 atenciones (17,4% del total). Esta reducción se atribuye probablemente a las restricciones de movilidad, el cierre de servicios y la priorización de atención por COVID-19. Para 2021, se presentó una recuperación parcial, con un incremento de 2,8 puntos porcentuales, lo que indica una mayor demanda o la reapertura de servicios tras el impacto inicial de la pandemia.

En 2022, se registró un leve aumento de 0,6 puntos porcentuales en comparación con el año anterior, señalando una tendencia hacia la estabilización del acceso a servicios de salud. Sin embargo, en 2023 considerado un año pospandémico, las atenciones disminuyeron nuevamente a 243.079, lo que corresponde al 18,2% del total, reflejando una reducción de 2,6 puntos porcentuales con respecto a 2022. Esta disminución podría explicarse por factores como la reestructuración de servicios, el cierre de algunas IPS, barreras geográficas para el acceso, dificultades económicas de la población y una posible racionalización en el uso de los servicios de salud.

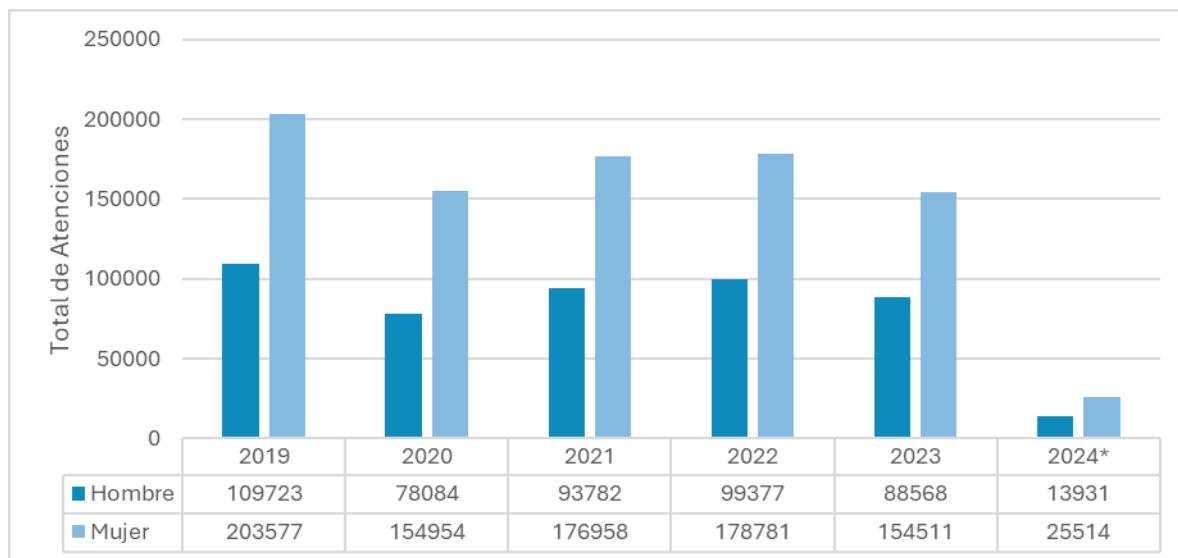
Durante el primer semestre de 2024, se reportaron 39.445 atenciones, lo cual corresponde al 2,9% del total acumulado del periodo (2019-primer semestre de 2024). Esta cifra no es directamente comparable con los años completos, pero permite observar una posible desaceleración o un subregistro.

### ***Atención por sexo***

Al comparar el año 2023 con 2019, se identificó una reducción en la brecha de atención entre mujeres y hombres. En 2019, esta diferencia fue de 6,8 puntos porcentuales, mientras que en 2023 se redujo a 4,8 puntos, lo que indica una disminución en la disparidad de acceso o utilización de los servicios de salud por sexo. Durante todo el periodo analizado, las mujeres representaron el 64,9% de las atenciones (n=868.781), frente al 35,1% de los hombres (n=469.534), una diferencia del 29,8%.

Al observar la distribución por años, la mayor diferencia se registró en 2019, donde el 65,0% del total de atenciones correspondió a mujeres y el 35,0% a hombres. Esta tendencia se mantuvo en los años posteriores, aunque con una reducción progresiva en la brecha. En 2023, la proporción fue de 63,6% para mujeres (n=154.511) y 36,4% para hombres (n=88.568), lo que confirma una disminución en la diferencia relativa de atenciones por sexo. Para el primer semestre de 2024 se reportaron 25.514 atenciones para mujeres y 13.931 para hombres, manteniéndose la tendencia de mayor demanda femenina, aunque con indicios de un acercamiento en la proporción de atenciones entre ambos sexos (ver gráfico 6).

Gráfico 6. Número de atenciones según sexo, localidad Ciudad Bolívar, periodo 2019 -2023 y I Semestre de 2024\*

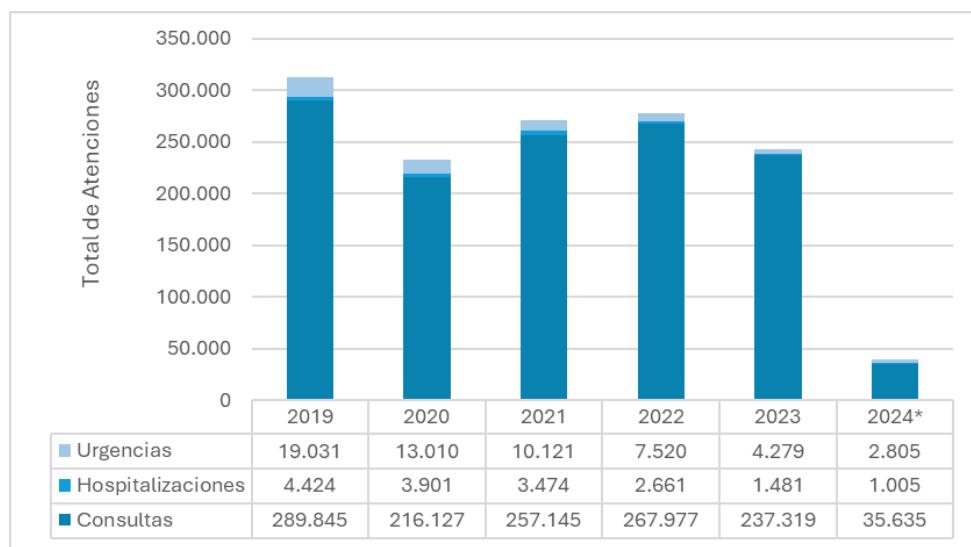


Fuente: salidas bases de datos RIPS\_SDS. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. \*Datos 2024 preliminares y parciales con corte a I Semestre.

#### Atención por servicios:

Entre 2019 y 2023, se observó una disminución del 3,8% en las atenciones por consulta, pasando de 289.845 en 2019 a 237.319 en 2023, lo que representa una variación significativa en la prestación de servicios de salud. Si bien las proporciones de hospitalizaciones (0,3% a 0,1%) y urgencias (1,4% a 0,3%) también se redujeron durante este periodo, estas representan una parte menor del total de atenciones. En términos proporcionales, durante ese periodo, la consulta representó el 94,8% de los servicios prestados, mientras que las urgencias correspondieron al 4,0% y las hospitalizaciones al 1,2%. Sin embargo, en el primer semestre de 2024 se evidenció un cambio notable en esta distribución, con un incremento en la proporción de urgencias (7,1%) y hospitalizaciones (2,5%), a la vez que se observó una reducción relativa en la consulta, que representó el 90,3% de las atenciones (ver gráfico 7).

Gráfico 7. Número de atenciones por servicio, localidad Ciudad Bolívar, periodo 2019 -2023 y I Semestre de 2024\*



Fuente: salidas bases de datos RIPS\_SDS. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. \*Datos 2024 preliminares y parciales con corte a I Semestre

#### **Atenciones por grupos de edad y servicios**

Durante el primer semestre de 2024, se registraron 39.445 atenciones. Frente a ello, el grupo de 20 a 24 años concentró el 11,7% (n=4.615), seguido por el grupo de 25 a 29 años con el 10,8% (n=4.264), y el grupo de 15 a 19 años con el 9,8% (n=3.882), manteniendo el patrón de mayor utilización de servicios entre jóvenes adultos. (ver tabla 5)

Entre 2019 y 2023, la utilización de los servicios de salud mostró variaciones significativas según los grupos de edad. El grupo de 20 a 24 años concentró el 10,2% del total de atenciones (n=136.176), seguido de cerca por el grupo de 15 a 19 años con un 10,0% (n=134.207). Esta concentración sugiere una mayor demanda o accesibilidad a los servicios en etapas de vida productiva o entre beneficiarios.

Por su parte, el grupo de 0 a 4 años representó el 7,7% de las atenciones (n=103.533). Dentro de este grupo, el 29,4% acudió por "servicios de salud para investigación y exámenes", el 12,2% por "Servicios de Salud por Otras Circunstancias", el 7,9% por "Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Superiores" y el 3,6% por "Otras Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Inferiores", entre otros diagnósticos.

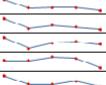
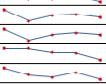
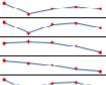
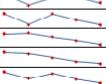
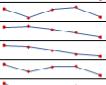
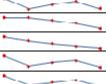
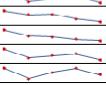
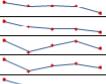
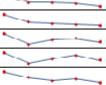
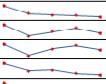
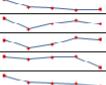
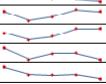
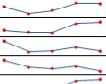
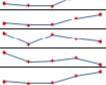
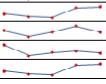
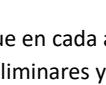
En contraste, la población mayor de 80 años representó solo el 1,2% de las atenciones (n=15.619). Esta baja proporción podría indicar barreras de acceso, limitada cobertura de servicios institucionales, o una menor densidad poblacional en este rango de edad, lo cual es consistente con la estructura demográfica de la localidad.

En cuanto a los servicios de urgencias y hospitalización, se identificó que el grupo de 80 años y más presentó una tasa de hospitalización del 45% entre quienes ingresaron por urgencias, destacando la severidad de los casos en esta población. Para el grupo de 15 a 19 años, la tasa de hospitalización fue del 34% (con 7.102 ingresos por urgencias y 2.433 hospitalizaciones). Una tendencia similar se observó en los grupos de 25 a 29 años y 75 a 79 años, ambos con un 32%.

Respecto a las atenciones exclusivamente por urgencias, el grupo de 20 a 24 años fue el que más acudió, representando el 23,4% del total, seguido por el grupo de 25 a 29 años con un 15,9%, y el grupo de 0 a 4 años con un 14,1%. Esto indica un mayor uso de los servicios de urgencias entre poblaciones jóvenes y en la primera infancia.

Durante el primer semestre de 2024, se registraron 39.445 atenciones totales. En este periodo, el grupo de 20 a 24 años concentró el 11,7% (n=4.615), seguido por el grupo de 25 a 29 años con el 10,8% (n=4.264), y el grupo de 15 a 19 años con el 9,8% (n=3.882). Este patrón confirma la continuidad en la alta utilización de servicios entre jóvenes adultos (ver tabla 5).

*Tabla 5. Número de atenciones por servicio y edad por quinquenio, localidad Ciudad Bolívar, periodo 2019 -2023 y I Semestre de 2024\**

Quinquenio	Tipo de Consulta	Ene - Dic 2019	Ene - Dic 2020	Ene - Dic 2021	Ene - Dic 2022	Ene - Dic 2023	Ene - Jun 2024	Tendencia 2019 - 2023
0 a 4	Consultas	27.398	15.438	19.801	17.057	14.267	2.104	
	Hospitalizaciones	772	289	407	301	177	86	
	Urgencias	3.132	1.204	1.297	1.315	678	401	
	Total	31.302	16.931	21.505	18.673	15.122	2.591	
5 a 9	Consultas	18.236	9.681	14.267	15.084	13.025	1.624	
	Hospitalizaciones	143	145	170	158	96	36	
	Urgencias	1.112	524	519	740	350	175	
	Total	19.491	10.350	14.956	15.982	13.471	1.835	
10 a 14	Consultas	16.999	9.721	13.501	14.774	13.416	1.982	
	Hospitalizaciones	144	146	119	118	74	55	
	Urgencias	622	375	299	453	219	131	
	Total	17.765	10.242	13.919	15.345	13.709	2.168	
15 a 19	Consultas	20.371	14.332	19.133	20.081	17.329	3.255	
	Hospitalizaciones	544	591	560	456	282	171	
	Urgencias	2.183	1.824	1.499	967	629	456	
	Total	23.098	16.747	21.192	21.504	18.240	3.882	
20 a 24	Consultas	27.085	20.925	27.136	23.552	20.724	3.678	
	Hospitalizaciones	1.113	1.201	888	614	328	270	
	Urgencias	4.179	3.679	2.587	1.392	773	667	
	Total	32.377	25.805	30.611	25.558	21.825	4.615	
25 a 29	Consultas	26.066	21.727	25.791	26.966	22.314	3.736	
	Hospitalizaciones	724	784	610	423	210	141	
	Urgencias	2.856	2.543	1.718	921	554	387	
	Total	29.646	25.054	28.119	28.310	23.078	4.264	
30 a 34	Consultas	23.592	17.848	20.403	22.014	18.100	2.848	
	Hospitalizaciones	353	345	287	229	117	103	
	Urgencias	1.599	1.165	838	582	359	232	
	Total	25.544	19.358	21.528	22.825	18.576	3.183	
35 a 39	Consultas	22.002	16.675	18.291	19.717	16.021	2.222	
	Hospitalizaciones	213	161	167	109	70	37	
	Urgencias	1.035	572	473	327	200	119	
	Total	23.250	17.408	18.931	20.153	16.291	2.378	
40 a 44	Consultas	18.506	14.165	16.763	18.557	15.821	2.222	
	Hospitalizaciones	104	76	82	76	30	31	
	Urgencias	619	346	244	240	114	58	
	Total	19.229	14.587	17.089	18.873	15.965	2.311	
45 a 49	Consultas	17.306	13.393	15.298	15.909	14.547	2.032	
	Hospitalizaciones	88	45	45	40	21	23	
	Urgencias	522	235	173	154	106	52	
	Total	17.916	13.673	15.516	16.103	14.674	2.107	
50 a 54	Consultas	17.833	13.957	15.655	16.902	15.164	2.046	
	Hospitalizaciones	66	41	29	36	20	14	
	Urgencias	385	183	153	139	96	37	
	Total	18.284	14.181	15.837	17.077	15.280	2.097	
55 a 59	Consultas	16.193	13.297	14.983	15.950	14.810	2.008	
	Hospitalizaciones	61	28	34	18	12	12	
	Urgencias	323	133	104	61	76	22	
	Total	16.577	13.458	15.121	16.029	14.898	2.042	
60 a 64	Consultas	13.550	12.040	12.696	14.019	13.678	1.862	
	Hospitalizaciones	32	28	31	32	16	8	
	Urgencias	204	106	96	85	55	27	
	Total	13.786	12.174	12.823	14.136	13.749	1.897	
65 a 69	Consultas	10.865	9.676	10.261	11.647	11.569	1.557	
	Hospitalizaciones	35	11	23	24	11	8	
	Urgencias	139	67	64	69	32	17	
	Total	11.039	9.754	10.348	11.740	11.612	1.582	
70 a 74	Consultas	7.140	6.919	6.835	8.055	8.284	1.097	
	Hospitalizaciones	14	5	6	9	6	5	
	Urgencias	54	32	27	34	20	11	
	Total	7.208	6.956	6.868	8.098	8.310	1.113	
75 a 79	Consultas	3.687	3.467	3.533	4.317	4.806	787	
	Hospitalizaciones	10	2	9	6	4	4	
	Urgencias	41	12	15	24	4	6	
	Total	3.738	3.481	3.557	4.347	4.814	797	
80 o mas	Consultas	3.016	2.866	2.798	3.376	3.444	575	
	Hospitalizaciones	8	3	7	12	7	1	
	Urgencias	26	10	15	17	14	7	
	Total	3.050	2.879	2.820	3.405	3.465	583	

Fuente: salidas bases de datos RIPS\_SDS. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. \*Datos 2024 preliminares y parciales con corte a I Semestre.

### Atenciones por consulta

Durante el primer semestre de 2024, se analizaron las diez principales causas de atención, desagregadas por sexo.

En los hombres, el diagnóstico más frecuente fue "Enfermedades de la Cavidad Bucal, de las Glándulas Salivales y de los Maxilares" (n=3.134), representando un significativo 24,2% del total de atenciones. Le siguieron las consultas clasificadas como "Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes" (n=1.426), con un 11%. Las enfermedades hipertensivas constituyeron el 4,9% (n=636), de las cuales 108 casos se registraron en el grupo de edad de 65 a 69 años. Las "Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Superiores" representaron el 3,4% de las consultas, con un 16,6% de estas atenciones concentradas en niños entre 0 y 4 años. Finalmente, la "Diabetes Mellitus" ocupó el décimo lugar en frecuencia diagnóstica, con un 2,1% del total de atenciones.

En las mujeres, el diagnóstico más reportado también fue "Enfermedades de la Cavidad Bucal, de las Glándulas Salivales y de los Maxilares" (n=3.826), abarcando el 16,9% del total de las atenciones. Este fue seguido por "Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes" con un 8,6% (n=1.943). Las enfermedades hipertensivas representaron el 5,7% (n=1.289), con 202 casos en mujeres de 65 a 69 años. Las consultas clasificadas como "Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción" constituyeron el 5,4%. Por su parte, las "Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Superiores" correspondieron al 3,6% de los diagnósticos, con un 13,1% de estas atenciones en mujeres entre 25 y 29 años. Finalmente, las consultas por "Atención materna relacionada con el feto, la cavidad amniótica y posibles problemas del parto" representaron el 2,8%, predominando en mujeres de 15 a 24 años (ver tabla 6)

*Tabla 6. Principales causas de atención en el servicio de consulta, según sexo atendido, localidad Ciudad Bolívar I semestre de 2024\**

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Otros Diagnósticos	5.493	42,4	Otros Diagnósticos	10.910	48,1
Enfermedades De La Cavidad Bucal De Las Glandulas Salivales Y De Los Maxilares	3.134	24,2	Enfermedades De La Cavidad Bucal De Las Glandulas Salivales Y De Los Maxilares	3.826	16,9
Personas En Contacto Con Los Servicios De Salud Para Investigacion Y Examenes	1.426	11,0	Personas En Contacto Con Los Servicios De Salud Para Investigacion Y Examenes	1.943	8,6
Enfermedades Hipertensivas	636	4,9	Enfermedades Hipertensivas	1.289	5,7
Trastornos De Los Musculos Oculares Del Movimiento Binocular De La Acomodacion Y De La Refraccion	528	4,1	Personas En Contacto Con Los Servicios De Salud En Circunstancias Relacionadas Con La Reproduccion	1.231	5,4
Infecciones Agudas De Las Vias Respiratorias Superiores	445	3,4	Trastornos De Los Musculos Oculares Del Movimiento Binocular De La Acomodacion Y De La Refraccion	878	3,9
Otras Dorsopatias	405	3,1	Infecciones Agudas De Las Vias Respiratorias Superiores	824	3,6
Personas En Contacto Con Los Servicios De Salud Por Otras Circunstancias	318	2,5	Otras Dorsopatias	648	2,9
Otros Trastornos Articulares	301	2,3	Atencion Materna Relacionada Con El Feto Y La Cavidad Amniotica Y Con Posibles Problemas Del Parto	624	2,8
Diabetes Mellitus	271	2,1	Otros Trastornos Maternos Relacionados Principalmente Con El Embarazo	505	2,2
<b>Total</b>	<b>12957</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>22678</b>	<b>100,0</b>

Fuente: salidas bases de datos RIPS\_SDS. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. \*Datos 2024 preliminares y parciales con corte al I Semestre

### **Atenciones por urgencias**

Durante el primer semestre de 2024, las causas de atención por urgencias mostraron patrones distintos entre hombres y mujeres.

Para los hombres, el diagnóstico más frecuente en urgencias fue "Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores" (n=88), que representó el 11,7% del total de atenciones y tuvo una mayor concentración de casos en el grupo de edad de 0 a 4 años. Le siguieron los "Traumatismos de la cabeza" (n=54), con el 7,2%, y los "Traumatismos del tórax" (n=47), con el 6,2%, siendo estos últimos más comunes en hombres de 20 a 24 años.

En el caso de las mujeres, el principal motivo de atención por urgencias fue la "Atención materna relacionada con el feto, la cavidad amniótica y posibles problemas del parto" (n=343), representando el 16,7% del total. De estos casos, un 71,1% correspondió a mujeres entre 15 y 24 años. En segundo

lugar, se reportaron atenciones por "Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen" (n=251), que constituyeron el 12,2% de las urgencias. Otros diagnósticos relevantes incluyeron los "Trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo" (n=244), con el 11,9%, siendo más frecuentes en el grupo de 20 a 24 años (n=108) (ver tabla 7).

*Tabla 7. Principales causas de atención en el servicio de urgencias, según sexo atendido, localidad Ciudad Bolívar I semestre de 2024\**

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Otros Diagnósticos	388	51,5	Otros Diagnósticos	821	40,0
Infecciones Agudas De Las Vías Respiratorias Superiores	88	11,7	Atencion Materna Relacionada Con El Feto Y La Cavidad Amniotica Y Con Posibles Problemas Del Parto	343	16,7
Traumatismos De La Cabeza	54	7,2	Sintomas Y Signos Que Involucran El Sistema Digestivo Y El Abdomen	251	12,2
Traumatismos Del Torax	47	6,2	Otros Trastornos Maternos Relacionados Principalmente Con El Embarazo	244	11,9
Enfermedades Infecciosas Intestinales	42	5,6	Infecciones Agudas De Las Vías Respiratorias Superiores	111	5,4
Traumatismos De La Muneca Y De La Mano	39	5,2	Embarazo Terminado En Aborto	88	4,3
Enfermedades De La Cavidad Bucal De Las Glandulas Salivales Y De Los Maxilares	37	4,9	Edema Proteinuria Y Trastornos Hipertensivos En El Embarazo El Parto Y El Puerperio	68	3,3
Sintomas Y Signos Que Involucran El Sistema Digestivo Y El Abdomen	35	4,6	Otras Enfermedades Del Sistema Urinario	67	3,3
Infecciones De La Piel Y Del Tejido Subcutaneo	23	3,1	Trastornos No Inflamatorios De Los Organos Genitales Femeninos	59	2,9
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>2.052</b>	<b>100,0</b>

Fuente: salidas bases de datos RIPS\_SDS. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. \*Datos 2024 preliminares y parciales con corte a I Semestre

### **Atenciones por hospitalización**

Durante el primer semestre de 2024, los motivos de hospitalización más frecuentes variaron significativamente entre hombres y mujeres.

Para los hombres, el diagnóstico más común en hospitalización fue "Traumatismos de la Muñeca y de la Mano" (n=18), que representó el 8,1% del total y se concentró principalmente en el grupo de edad de 20 a 24 años. Le siguieron los "Traumatismos del Tórax" (n=17), con el 7,7%, y las "Infecciones de la Piel y del Tejido Subcutáneo" (n=15), con el 6,8%, siendo estas últimas más frecuentes en hombres de 0 a 4 años.

En el caso de las mujeres, las hospitalizaciones estuvieron predominantemente relacionadas con eventos obstétricos. El diagnóstico más frecuente fue "Parto" (n=250), que constituyó un 31,9% del total de hospitalizaciones. Le siguió "Embarazo Terminado en Aborto" (n=128), con un 16,3%, siendo el grupo etario de 20 a 24 años el de mayor incidencia (n=38), seguido por los grupos de 15 a 19 años y 25 a 29 años (n=24 cada uno). Asimismo, los "Otros Trastornos Maternos Relacionados Principalmente con el Embarazo" representaron el 8,7% de las hospitalizaciones (n=68) (ver tabla 8).

*Tabla 8. Principales causas de atención en el servicio de hospitalización, según sexo atendido, localidad Ciudad Bolívar I semestre de 2024\**

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Otros Diagnósticos	109	49,3	Parto	250	31,9
Traumatismos De La Muneca Y De La Mano	18	8,1	Embarazo Terminado En Aborto	128	16,3
Traumatismos Del Torax	17	7,7	Otros Trastornos Maternos Relacionados Principalmente Con El Embarazo	68	8,7
Infecciones De La Piel Y Del Tejido Subcutáneo	15	6,8	Atencion Materna Relacionada Con El Feto Y La Cavidad Amniótica Y Con Posibles Problemas Del Parto	45	5,7
Otros Efectos Y Los No Especificados De Causas Externas	12	5,4	Otros Efectos Y Los No Especificados De Causas Externas	35	4,5
Otras Infecciones Agudas De Las Vías Respiratorias Inferiores	11	5,0	Otras Enfermedades Del Sistema Urinario	25	3,2
Traumatismos De La Cabeza	11	5,0	Edema Proteinuria Y Trastornos Hipertensivos En El Embarazo El Parto Y El Puerperio	18	2,3
Enfermedades Crónicas De Las Vías Respiratorias Inferiores	10	4,5	Trastornos No Inflamatorios De Los Órganos Genitales Femeninos	16	2,0
Enfermedades Del Apendice	9	4,1	Otras Afecciones Obstétricas No Clasificadas En Otra Parte	8	1,0
Influenza [Gripe] Y Neumonía	9	4,1	Otros Diagnósticos	191	24,4
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>784</b>	<b>100,0</b>

Fuente: salidas bases de datos RIPS\_SDS. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. \*Datos 2024 preliminares y parciales con corte a I Semestre

## ***Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.***

La Subred Sur lleva a cabo acciones de Vigilancia en Salud Pública (VSP), enfocadas en detectar, identificar y recopilar información relevante para el análisis y comprensión de situaciones de salud prioritarias en la localidad de Ciudad Bolívar. Estas acciones están respaldadas por el Decreto 780 de 2016. La notificación se realiza a través del Sistema de SIVIGILA, alimentado por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y las Unidades Informadoras (UI).

En Ciudad Bolívar, excluyendo los casos de SARS-CoV-2 en 2020, se notificaron 7.332 eventos de interés en salud pública entre 2019 y 2023. El análisis del comportamiento de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) en este periodo reveló variaciones en su frecuencia y tipo. A partir de 2022, los eventos con mayor número de notificaciones incluyeron:

Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas, Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar, Meningitis, Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela), Hepatitis distintas a tipo A.

En contraste, durante 2023 se observó una reducción en la notificación de eventos como:

Cáncer (mama, cérvix): 4,3%, Cáncer infantil (menores de 18 años): 1,8%, Morbilidad materna extrema: 21,3%, Mortalidad perinatal y neonatal tardía: 5,8%

Para el año 2024, con corte a la semana epidemiológica 42, el evento más notificado ha sido la Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar, que representó el 65,3% del total de casos reportados. Le siguieron las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia 9,0%. Con porcentajes iguales 3,9%, se reportaron eventos de morbilidad materna extrema y desnutrición aguda en menores de cinco años. Adicionalmente, se ha observado un incremento respecto a 2023 en la notificación de eventos como violencia intrafamiliar y de género, y enfermedad similar a influenza (IRAG) bajo vigilancia centinela. A continuación, se muestra la notificación de la Subred Sur versus la notificación de la localidad (ver tabla 9).

*Tabla 9. Eventos de Notificación Obligatoria, Subred Sur y localidad Ciudad Bolívar, 2019 a 2023*

Morbilidad ENOS	Subred SUR 2023	Ciudad Bolívar 2023	Comportamiento				
			20	20	20	20	20
Causas externas			19	20	21	22	23
Accidentes biológicos							

Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y rabia	4.149	2.154	↗	↘	↗	↗	↗
Intoxicaciones							
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	499	291	↗	↘	↗	↗	↗
Violencia							
Vigilancia en salud pública de la violencia de genero e intrafamiliar	11.158	6.407	↗	↘	↗	↗	↗
Cáncer							
Cáncer (mama, cérvix)	561	292	↗	↘	↗	↗	↘
Cáncer infantil (menores 18 años)	51	25	↗	-	↘	↗	↘
Congénitas							
Enfermedades huérfanas - raras	406	213	↗	↘	↗	↘	↗
Materno perinatal							
Morbilidad materna extrema	820	487	↗	↗	↘	↗	↘
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	147	93	↗	↗	↘	↗	↘
Nutrición							
Desnutrición aguda en menores de 5 años	1.073	666	↗	↘	↗	↗	↘
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años (IRA, EDA, Desnutrición)	6	3	↗	↘	↗	↗	↘
Inmunoprevenibles							
Evento adverso seguido a la vacunación	25	10	↗	↗	↗	↘	↗
Meningitis	34	22	↗	↗	↗	↗	↗
Parotiditis	256	143	↗	↘	↘	↗	↗
Tosferina	0	0	↗	↘	↘	↗	↘
Varicela	795	431	↗	↘	↘	↗	↗
Materno perinatal							
Sífilis gestacional	182	121	↗	↗	↘	↘	↘
Sífilis congénita	21	10	↗	↗	↘	↘	↘

Transmisión aérea y contacto directo							
Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela)	334	221	↗	↘	↗	↗	↗
Infección respiratoria aguda grave (irag inusitado)	2	0	↗	↗	↘	↗	↘
Lepra	1	0	↗	↘	↗	↘	↘
Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	210	121	↗	↗	↘	↗	↗
Tuberculosis farmacorresistente	4	1	↗	↗	↗	↘	-
Transmisión sexual y sanguínea							
Hepatitis distintas a A	131	68	↗	↘	↗	↗	↗
VIH/SIDA	524	298	↗	↘	↗	↘	↗
Trasmitida por alimentos/suelo/agua							
Enfermedad Diarreica Aguda por rotavirus	2	1	↗	↘	-	-	↗
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	0	-	-	-	-	-
Hepatitis A	49	21	↗	↘	-	↗	↗
ETA	5	2	↗	↘	-	↗	-

Fuente: Cuadros de salida con ENOS por localidad SDS 2019 a 2023

### 3.2 Configuración de la Mortalidad en la localidad:

#### Mortalidad General

Entre los años 2019 a 2023, en la localidad de Ciudad Bolívar se registró un promedio anual de 3.121 defunciones. Se observó una tendencia lineal de disminución, con mayor impacto en el año 2021, asociado a la pandemia por COVID-19. Durante este periodo, la menor tasa de mortalidad se presentó en 2019, con 394,6 defunciones por cada 100.000 habitantes (n=2.481), mientras que la más alta correspondió a 2021, con una tasa de 639,9 por 100.000 habitantes (n=4.158). A partir de 2022, se observó una tendencia descendente en la mortalidad, alcanzando en 2023 una tasa de 399,5 por 100.000 habitantes (n=2.643). (ver tabla 10)

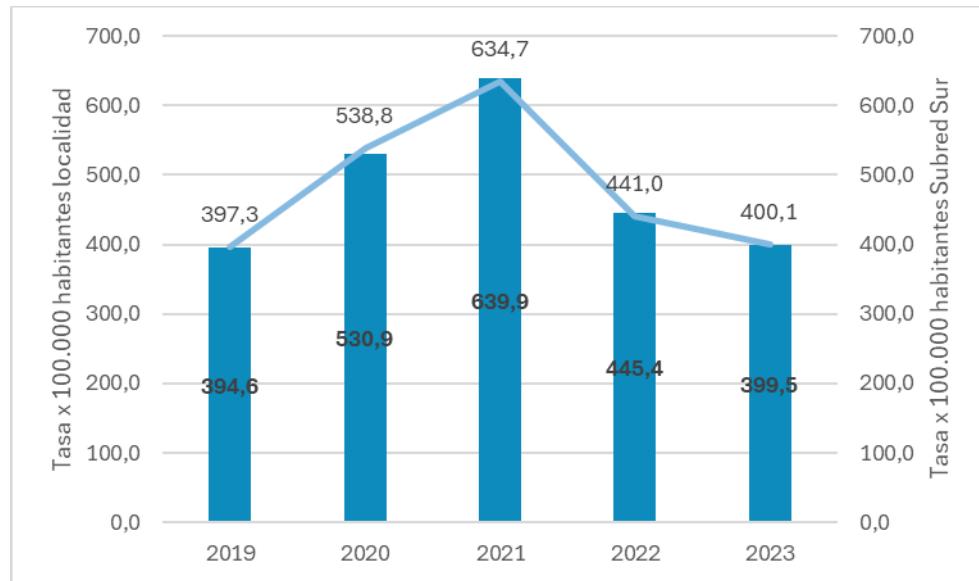
Tabla 10. Mortalidad general Localidad Ciudad Bolívar 2019-2023

AÑO	MORTALIDAD	POBLACIÓN TOTAL	Tasa x 100.000 habitantes localidad	Tasa x 100.000 habitantes Subred Sur
2019	2.481	628.670	394,6	397,3
2020	3.405	641.306	530,9	538,8
2021	4.158	649.834	639,9	634,7
2022	2.922	656.015	445,4	441,0
2023	2.643	661.592	399,5	400,1
TOTAL	15.609	3.237.417	482,1	503,6

Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Al comparar la tasa de mortalidad de la localidad con la subred, se observó que, para la mayoría de los años, la localidad ha estado levemente por debajo de la tasa de la subred. (ver gráfico 8)

Gráfico 8. Mortalidad general por 100.000 habitantes Localidad – Ciudad Bolívar 2019-2023



Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Durante el periodo 2019-2023, la localidad de Ciudad Bolívar registró un total de 15.609 defunciones. En 2023, se reportaron 2.643 muertes, lo que representa una tasa de mortalidad de 399,5 por cada 100.000 habitantes. Esta cifra marcó una reducción del 10,3% respecto a 2022. Al analizar la mortalidad por sexo, el 56,4% de las defunciones correspondieron a mujeres y el 43,6% a

hombres. Por grupos de edad, la mayor proporción se concentró en personas de 65 años y más (57,8%), seguidas por el grupo de 45 a 64 años (23,2%).

Al comparar con el año 2019, se evidenció un incremento del 6,5% en el número total de defunciones registradas en 2023. Este aumento se atribuye principalmente al envejecimiento de la población y al incremento sostenido de la carga de mortalidad en el grupo de 65 años y más.

En el grupo de menores de 1 año, se observó una tendencia general a la reducción de defunciones desde 2019 hasta 2023, con una disminución más marcada en 2023. En este año, fallecieron 32 niños y 23 niñas menores de un año, con tasas de 958,9 por 100.000 menores de 1 año y 754,1 por 100.000 menores de 1 año, respectivamente. No obstante, la tasa de mortalidad se incrementó respecto a 2022.

En el grupo de 1 a 4 años, la mortalidad se mantuvo baja durante el quinquenio. En 2023, se reportaron 8 muertes en niños y 6 en niñas, con tasas de 31,0 por 100.000 menores de 1 a 4 años y 24,3 por 100.000 menores de 1 a 4 años, respectivamente.

Para el grupo de 5 a 14 años, la mortalidad mostró ligeras fluctuaciones. En 2023, se registraron 13 defunciones en niños y 15 en niñas, cifras ligeramente superiores a las de años anteriores. Aunque las tasas de mortalidad son bajas, el aumento en niñas en 2023 fue notable, alcanzando una tasa de 31,5 por 100.000 menores de 5 a 14 años.

En el grupo de edad de 15 a 44 años, se presentó una disminución sostenida en la mortalidad desde 2021. Para 2023, se reportaron 295 muertes en hombres y 107 en mujeres, con tasas de 177,2 por 100.000 hombres de 15 a 44 años y 66,7 por 100.000 mujeres de 15 a 44 años, respectivamente.

El grupo de 45 a 64 años también evidenció una disminución continua de la mortalidad desde su punto más alto en 2021. En 2023, se reportaron 292 muertes en hombres y 243 en mujeres, con tasas de 483,1 por 100.000 hombres de 45 a 64 años y 356,1 por 100.000 mujeres de 45 a 64 años por 100.000 habitantes.

Finalmente, el grupo de 65 años y más concentra históricamente la mayor proporción de defunciones. En 2023, murieron 768 hombres y 841 mujeres, con tasas de 3.432,7 por 100.000 de 65 años y más y 3.004,6 por 100.000 de 65 años y más, respectivamente. Aunque los valores son más bajos que en 2021, este comportamiento se asocia directamente con el envejecimiento poblacional y la carga de enfermedades crónicas (ver tabla 11).

Tabla 11. Defunciones según sexo y momento de curso de vida, localidad Ciudad Bolívar, 2019-2023

grupos de edad	sexo	2019			2020			2021			2022			2023		
		mortalidad	población total	Tasa x 100.000 habitantes localidad	mortalidad	población total	Tasa x 100.000 habitantes localidad	mortalidad	población total	Tasa x 100.000 habitantes localidad	mortalidad	población total	Tasa x 100.000 habitantes localidad	mortalidad	población total	Tasa x 100.000 habitantes localidad
Menor de 1 año	Hombres	55	5.993	917,7	44	6.073	724,5	38	6.028	630,4	49	5.956	822,7	32	3.337	958,9
	Mujeres	30	5.723	524,2	44	5.804	758,1	39	5.763	676,7	29	5.695	508,2	23	3.050	754,1
1 a 4 años	Hombres	11	20.893	52,6	10	21.914	45,6	7	22.428	31,2	13	22.836	56,9	8	25.782	31,0
	Mujeres	11	20.012	55,0	8	20.873	38,3	4	21.418	18,7	10	21.843	45,8	6	24.570	24,3
5 a 14 años	Hombres	12	51.503	23,3	12	51.785	23,2	6	51.749	11,6	23	51.676	44,5	13	51.303	25,3
	Mujeres	6	48.631	12,3	13	48.557	26,8	5	48.324	10,3	12	47.838	25,1	15	47.583	31,5
15 a 44 años	Hombres	307	158.195	194,1	331	161.846	204,5	428	164.220	260,6	341	165.422	206,1	295	166.455	177,2
	Mujeres	117	159.663	73,3	125	160.916	77,7	180	161.730	111,3	139	160.938	86,4	107	160.379	66,7
45 a 64 años	Hombres	287	54.787	523,8	521	56.376	924,2	657	57.695	1.138,7	366	59.058	619,8	292	60.440	483,1
	Mujeres	244	64.169	380,2	306	65.411	467,8	470	66.335	708,5	243	67.316	361,0	243	68.230	356,1
65 años y más	Hombres	688	17.375	3.965,5	1.093	18.531	5.898,2	1.212	19.585	6.188,4	885	21.089	4.196,5	768	22.373	3.422,7
	Mujeres	712	21.726	3.277,2	898	23.220	3.867,4	1.112	24.561	4.527,5	812	26.351	3.081,5	841	27.980	3.004,6
Total	Hombres	1.361	308.746	440,8	2.011	316.525	635,3	2.348	321.703	729,9	1.677	326.034	514,4	1.408	329.690	427,1
	Mujeres	1.120	319.924	350,1	1.394	324.781	429,2	1.810	328.131	551,6	1.245	329.981	377,3	1.235	331.902	372,1

Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Entre 2019 y 2023, las defunciones en Ciudad Bolívar relacionadas con población perteneciente a comunidades étnicas fueron de baja frecuencia y se concentraron principalmente en personas afrocolombianas e indígenas.

Se registraron 109 defunciones en personas afrocolombianas durante el periodo, manteniendo una participación proporcional del 1% anual sobre el total de muertes. El año 2022 tuvo la mayor frecuencia en este grupo, con 24 casos, representando también el 1% de todas las defunciones de ese año.

Por su parte, las comunidades indígenas —incluyendo pueblos como Pijao, Yanacona, Muisca, Wounaan, Emberá, Siona, Yukpa y Wanana, entre otros— sumaron 37 defunciones en el mismo periodo. La proporción de muertes en esta población fue del 0,3% entre 2019 y 2021, mostrando una reducción a 0,2% en 2023 respecto al total de defunciones. Esta baja frecuencia podría indicar tanto una menor presencia poblacional de estos grupos como posibles limitaciones en el registro de la pertenencia étnica en los certificados de defunción (ver tabla 12).

Tabla 12. Defunciones según etnia, localidad Ciudad Bolívar, 2019-2023

Pertenencia Étnica	2019		2020		2021		2022		2023	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Indígena	8	0	10	0	12	0	3	0	4	0
5. Negro, mulato afrocolombiano	18	1	23	1	21	1	24	1	23	1
6. Otro	2.455	99	3.372	99	4.125	99	2.895	99	2.616	99
Total	2.481	100	3.405	100	4.158	100	2.922		2.643	100

Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

## ***Mortalidad por Grandes Causas 6/67***

Entre 2019 y 2023, las enfermedades transmisibles en Ciudad Bolívar mostraron un comportamiento variable, con un incremento notable durante 2020 y 2021. Sin embargo, en 2022 se evidenció una disminución significativa, con una tasa de 40,0 casos por cada 100.000 habitantes. Esta reducción podría atribuirse a la ampliación de la cobertura de vacunación y al fortalecimiento de la atención primaria en salud.

En cuanto a las neoplasias (cáncer), se observó una tendencia fluctuante, alcanzando la tasa más alta en 2020, con 175,2 casos por cada 100.000 habitantes, donde destacaron los diagnósticos de tumores malignos en órganos genitourinarios.

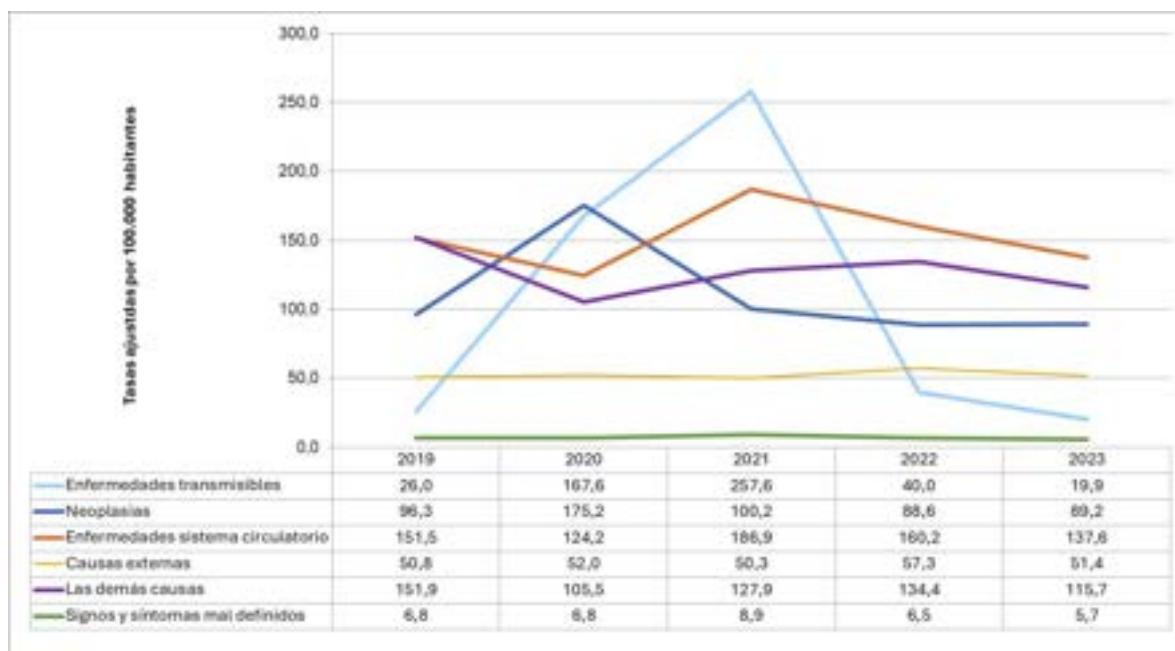
Las enfermedades del sistema circulatorio mostraron un comportamiento atípico en 2020 al registrar una disminución, con una tasa de 124,2 casos por cada 100.000 habitantes, a diferencia de otras causas de mortalidad que aumentaron en ese periodo.

Por otro lado, las causas externas mantuvieron una tendencia relativamente estable, con un pico en 2022 que alcanzó una tasa de 57,3 casos por cada 100.000 habitantes. Otras causas de mortalidad también presentaron variaciones, siendo 2019 el año con la mayor tasa 151,9 casos por cada 100.000 habitantes para esta categoría.

Los signos, síntomas y afecciones mal definidos exhibieron una tendencia variable, alcanzando su valor máximo en 2021 con una tasa de 8,9 casos por cada 100.000 habitantes. Este incremento podría reflejar dificultades diagnósticas y limitaciones en el acceso a los servicios de salud durante la emergencia sanitaria.

Para el año 2023, las tasas de mortalidad más altas se registraron en las enfermedades del sistema circulatorio 137,6 casos por 100.000 habitantes, seguidas por las demás causas 115,7 casos por 100.000 habitantes. La tasa más baja correspondió a los signos, síntomas y afecciones mal definidas 5,7 casos por 100.000 habitantes. Al comparar 2023 con 2019, se observó un incremento del 1,2% en la tasa de mortalidad por Causas externas y una reducción del 23,8% en la tasa por Otras causas de mortalidad. Adicionalmente, las neoplasias mostraron un aumento del 0,6% en 2023 respecto a 2022 (ver gráfico 9).

Gráfico 9. Tasa de mortalidad general ajustadas por edad, localidad Ciudad Bolívar 2019 -2023



Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Entre 2019 y 2023, la mortalidad en mujeres de Ciudad Bolívar por grandes causas mostró variaciones notables.

Las enfermedades transmisibles alcanzaron su pico en 2021, con una tasa de 183,9 por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, para 2023, esta tasa descendió drásticamente a 15,3, una reducción que podría atribuirse al aumento en la cobertura de vacunación y al fortalecimiento de la atención primaria en salud.

Las neoplasias registraron su mayor incidencia en 2020, con una tasa de 162,1 por cada 100.000 habitantes, lo que posiblemente se relaciona con barreras en el acceso a la detección oportuna durante ese periodo.

Las enfermedades del sistema circulatorio también llegaron a su punto más alto en 2021, con una tasa de 168,6. Dentro de este grupo, las principales causas fueron las enfermedades isquémicas del corazón y los eventos cerebrovasculares.

En cuanto a las causas externas, en 2023 se reportaron 11 muertes por agresiones (homicidios) y 16 por accidentes de transporte terrestre. Estos últimos fueron la principal causa dentro de este grupo, con una tasa de 15,7 por cada 100.000 habitantes. Las demás causas de mortalidad mostraron fluctuaciones, con un máximo en 2019 de 140,7 por cada 100.000 habitantes.

Finalmente, los signos y síntomas mal definidos también presentaron su mayor tasa en 2021, con 5,4 por cada 100.000 habitantes, lo que podría reflejar limitaciones diagnósticas persistentes, especialmente durante la emergencia sanitaria (ver gráfico 10).

Gráfico 10. Tasa de mortalidad en mujeres ajustadas por edad, localidad Ciudad Bolívar 2019 -2023



Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Entre 2019 y 2023, la mortalidad en hombres de Ciudad Bolívar por grandes causas exhibió variaciones significativas.

Las enfermedades transmisibles alcanzaron su mayor incidencia en 2021, con una tasa de 346,9 por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, para 2023, esta tasa se redujo drásticamente a 24,1 por cada 100.000 habitantes.

Las neoplasias (cáncer) presentaron su mayor incidencia en 2020, con una tasa de 190,0 por cada 100.000 habitantes. Esto podría reflejar dificultades en el acceso a la detección oportuna, posiblemente exacerbadas por la pandemia. Las enfermedades del sistema circulatorio también alcanzaron su punto más alto en 2021, con una tasa de 208,9, siendo las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares las principales causas.

Durante el periodo analizado, las causas externas constituyeron una de las principales fuentes de mortalidad en hombres. Se registraron 800 casos por agresiones (homicidios), seguidas por 248 muertes en accidentes de transporte terrestre y 161 por lesiones autoinfligidas. En 2022, este grupo alcanzó su mayor tasa, con 96,0 casos por cada 100.000 habitantes. Las demás causas mostraron un máximo en 2019 de 166,0 por cada 100.000 habitantes.

Finalmente, los signos y síntomas mal definidos mantuvieron un comportamiento relativamente estable. En 2023, se registró la tasa más baja de 7,4 por cada 100.000 habitantes, lo que representó una reducción del 14,0% respecto al año anterior (ver gráfico 11).

Gráfico 11. Tasa de mortalidad en hombres ajustadas por edad, localidad Ciudad Bolívar 2019 -2023



Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

## Mortalidad específica subgrupos, grandes causas 6/67

### Enfermedades Transmisibles.

Entre 2019 y 2023, se observaron fluctuaciones en las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles en Bogotá y, específicamente, en la localidad de Ciudad Bolívar.

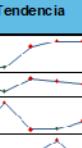
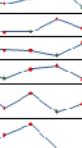
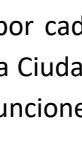
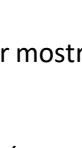
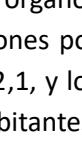
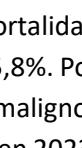
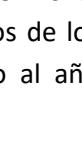
En 2023, Bogotá registró una tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles de 24,9 defunciones por 100.000 habitantes, lo que representó el 5,6% del total de defunciones. Por su parte, la localidad de Ciudad Bolívar reportó una tasa de 20,4 por 100.000 habitantes, equivalente al 5,1% del total de defunciones en la localidad.

Dentro de las enfermedades transmisibles, el grupo de infecciones respiratorias agudas registró la tasa más alta en 2023, con 9,8 defunciones por cada 100.000 habitantes. Le siguieron la enfermedad por VIH (SIDA) con una tasa de 3,3, y las enfermedades infecciosas y parasitarias con 2,7 defunciones por cada 100.000 habitantes.

En comparación con el año anterior (2022), la septicemia, excepto neonatal, mostró un incremento significativo del 494,9%, mientras que las enfermedades transmitidas por vectores y rabia aumentaron en un 48,7%.

En contraste, se evidenció una reducción del 100% en la mortalidad por ciertas enfermedades inmunoprevenibles, al pasar de una tasa de 0,8 en 2022 a 0,0 en 2023. Asimismo, se destacaron disminuciones relevantes en ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias 85,4% y meningitis 50,4% (ver tabla 13).

*Tabla 13. Tasas crudas de mortalidad, por enfermedades transmISIBLES, según sexo, localidad Ciudad Bolívar, 2019 – 2023*

Enfermedades TransmISIBLES	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Enfermedades infecciosas intestinales	0,6	0,9	0,9	2,5	0,9	0,3	0,0	2,1	1,2	2,7	0,5	0,5	1,5	1,8	1,8	
Tuberculosis	1,6	0,3	1,6	2,1	1,5	0,3	0,0	1,8	0,6	0,6	1,0	0,2	1,7	1,4	1,1	
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,0	0,9	0,3	0,0	0,3	0,6	0,6	0,3	0,6	0,6	0,3	0,8	0,3	0,3	0,5	
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,6	0,3	0,3	1,2	0,0	0,3	0,2	0,3	0,8	0,0	
Meningitis	0,3	0,3	0,3	0,6	0,3	0,3	0,0	0,0	0,6	0,3	0,3	0,2	0,2	0,6	0,3	
Septicemia, excepto neonatal	0,6	0,0	0,9	0,3	0,6	0,3	0,9	0,0	0,0	1,2	0,5	0,5	0,5	0,2	0,9	
Enfermedad por VIH (SIDA)	7,4	4,1	7,8	9,2	5,2	1,3	2,5	1,5	0,9	1,5	4,3	3,3	4,6	5,0	3,3	
Infecciones respiratorias agudas	12,6	10,1	15,2	8,6	11,5	12,5	7,7	8,5	7,3	8,1	12,6	8,9	11,8	7,9	9,8	
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,3	175,0	253,3	25,5	3,0	1,6	82,5	162,1	11,8	2,4	1,4	128,2	207,3	18,6	2,7	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

### **Neoplasias (cáncer)**

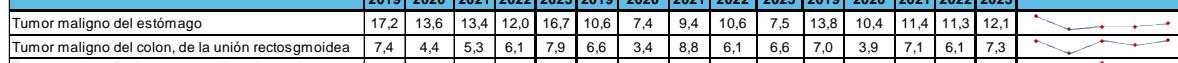
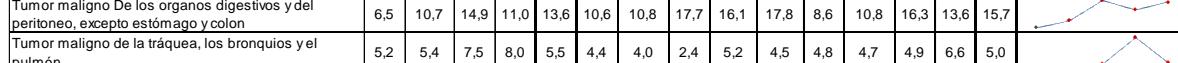
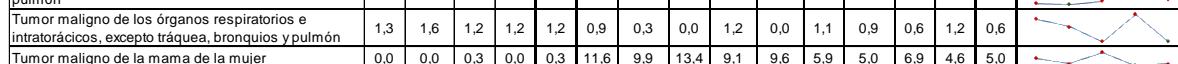
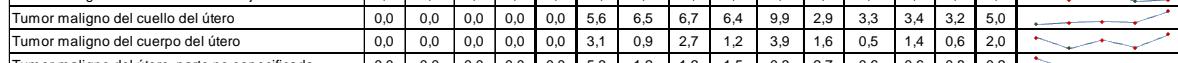
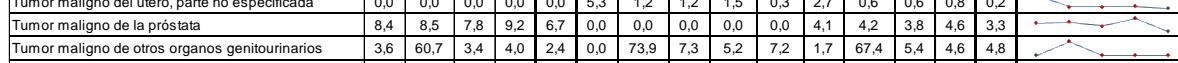
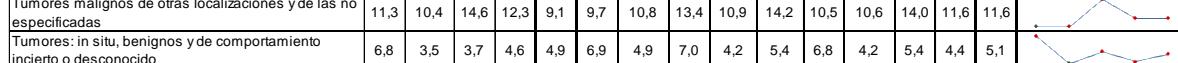
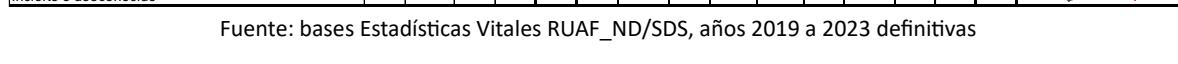
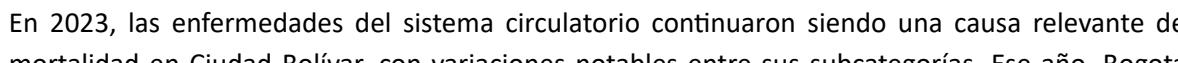
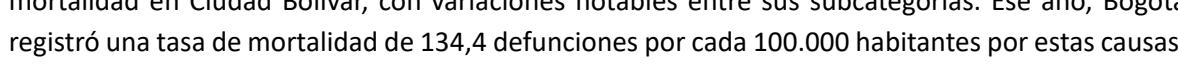
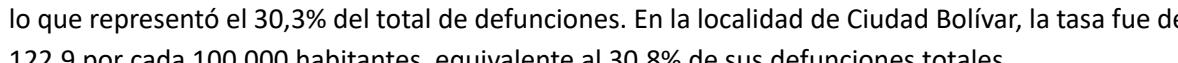
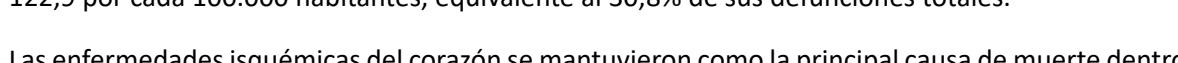
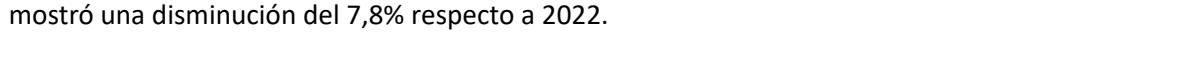
En 2023, Bogotá registró una tasa de mortalidad por neoplasias de 110,6 defunciones por cada 100.000 habitantes, lo que representó el 24,9% del total de defunciones de la ciudad. Para Ciudad Bolívar, la tasa fue de 84,8 por cada 100.000 habitantes, equivalente al 21,2% de sus defunciones totales.

Durante el periodo 2019-2023, la mortalidad por neoplasias en la localidad de Ciudad Bolívar mostró una evolución variable según la localización anatómica del tumor.

La causa principal de mortalidad por neoplasias en la localidad fue el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo (excluyendo estómago y colon), con una tasa de 15,7 defunciones por cada 100.000 habitantes. Le siguieron el tumor maligno del estómago, con una tasa de 12,1, y los tumores malignos de otras localizaciones o no especificadas, con 11,6 por cada 100.000 habitantes.

En comparación con el año anterior, se observó un incremento significativo en la tasa de mortalidad por tumor maligno del cuerpo del útero 222,3% y por tumor maligno del cuello del útero 55,8%. Por otro lado, hubo una notable reducción del 80,2% en las mortalidades asociadas a tumores malignos del útero, parte no especificada, pasando de 0,8 en 2022 a 0,2 por cada 100.000 habitantes en 2023. De igual manera, se destacaron disminuciones relevantes del 50,4% en tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos (excepto tráquea, bronquios y pulmón) respecto al año anterior (ver tabla 14).

Tabla 14. Tasas crudas de mortalidad, por neoplasias, según sexo, localidad Ciudad Bolívar, 2019 – 2023

Neoplasias	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Tumor maligno del estómago	17,2	13,6	13,4	12,0	16,7	10,6	7,4	9,4	10,6	7,5	13,8	10,4	11,4	11,3	12,1	
Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidica	7,4	4,4	5,3	6,1	7,9	6,6	3,4	8,8	6,1	6,6	7,0	3,9	7,1	6,1	7,3	
Tumor maligno De los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	6,5	10,7	14,9	11,0	13,6	10,6	10,8	17,7	16,1	17,8	8,6	10,8	16,3	13,6	15,7	
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	5,2	5,4	7,5	8,0	5,5	4,4	4,0	2,4	5,2	4,5	4,8	4,7	4,9	6,6	5,0	
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	1,3	1,6	1,2	1,2	1,2	0,9	0,3	0,0	1,2	0,0	1,1	0,9	0,6	1,2	0,6	
Tumor maligno de la mama de la mujer	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	11,6	9,9	13,4	9,1	9,6	5,9	5,0	6,9	4,6	5,0	
Tumor maligno del cuello del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	6,5	6,7	6,4	9,9	2,9	3,3	3,4	3,2	5,0	
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	0,9	2,7	1,2	3,9	1,6	0,5	1,4	0,6	2,0	
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	1,2	1,2	1,5	0,3	2,7	0,6	0,6	0,8	0,2	
Tumor maligno de la próstata	8,4	8,5	7,8	9,2	6,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	4,2	3,8	4,6	3,3	
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	3,6	60,7	3,4	4,0	2,4	0,0	73,9	7,3	5,2	7,2	1,7	67,4	5,4	4,6	4,8	
Leucemia	4,9	4,7	1,9	4,3	2,7	4,4	3,4	3,0	3,9	3,6	4,6	4,1	2,5	4,1	3,2	
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	4,5	4,7	5,9	4,9	3,3	5,0	2,8	2,7	3,3	4,5	4,8	3,7	4,3	4,1	3,9	
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	11,3	10,4	14,6	12,3	9,1	9,7	10,8	13,4	10,9	14,2	10,5	10,6	14,0	11,6	11,6	
Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	6,8	3,5	3,7	4,6	4,9	6,9	4,9	7,0	4,2	5,4	6,8	4,2	5,4	4,4	5,1	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

### Enfermedades del sistema Circulatorio

En 2023, las enfermedades del sistema circulatorio continuaron siendo una causa relevante de mortalidad en Ciudad Bolívar, con variaciones notables entre sus subcategorías. Ese año, Bogotá registró una tasa de mortalidad de 134,4 defunciones por cada 100.000 habitantes por estas causas, lo que representó el 30,3% del total de defunciones. En la localidad de Ciudad Bolívar, la tasa fue de 122,9 por cada 100.000 habitantes, equivalente al 30,8% de sus defunciones totales.

Las enfermedades isquémicas del corazón se mantuvieron como la principal causa de muerte dentro de este grupo, con una tasa de 63,6 por cada 100.000 habitantes en 2023. Sin embargo, esta cifra mostró una disminución del 7,8% respecto a 2022.

Por otro lado, las enfermedades cerebrovasculares registraron una tasa de 25,1 en 2023, lo que significó un incremento del 100% frente al año anterior. Es importante señalar que, a diferencia del periodo 2019-2022, donde no se reportaron casos de enfermedades cerebrovasculares, en 2023 se registró esta tasa, atribuida principalmente a mujeres. Las enfermedades hipertensivas alcanzaron una tasa de 16,0, con una reducción del 13,8%.

Se destaca una reducción significativa del 100% en las muertes por fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, pasando de una tasa de 0,3 por cada 100.000 habitantes en 2022 a no registrar casos en 2023. Asimismo, se evidenció una disminución del 29,2% en las enfermedades cardiopulmonares y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón.

En cuanto a las demás enfermedades del sistema circulatorio, la tasa de mortalidad fue de 7,4 por cada 100.000 habitantes en 2023, representando una reducción del 14,8% respecto a 2022 (ver tabla 15)

**Tabla 15. Tasas crudas de mortalidad, por enfermedades del sistema circulatorio, según sexo, localidad Ciudad Bolívar, 2019 – 2023**

Enf. Sistema Circulatorio	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	1,3	0,0	0,0	0,3	0,0	2,8	0,0	0,0	0,3	0,0	2,1	0,0	0,0	0,3	0,0	
Enfermedades hipertensivas	8,1	14,2	18,7	17,5	13,0	9,4	8,9	16,8	19,7	19,0	8,7	11,5	17,7	18,6	16,0	
Enfermedades isquémicas del corazón	68,3	66,0	93,9	76,4	69,8	53,5	46,2	81,7	61,8	57,5	60,8	56,0	87,7	69,1	63,6	
Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	9,4	11,4	7,1	15,3	7,3	11,3	6,8	11,6	10,3	10,8	10,3	9,0	9,4	12,8	9,1	
Insuficiencia cardíaca	1,6	1,6	1,2	1,2	0,9	2,5	0,6	1,5	1,8	2,1	2,1	1,1	1,4	1,5	1,5	
Enfermedades cerebrovasculares	0,0	0,0	0,0	0,0	20,3	0,0	0,0	0,0	0,0	29,8	0,0	0,0	0,0	0,0	25,1	
Arteriosclerosis	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,3	0,3	0,2	0,3	0,0	0,2	0,2	
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	6,5	3,8	10,6	10,4	9,4	5,9	3,7	6,7	7,0	5,4	6,2	3,7	8,6	8,7	7,4	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

### **Afecciones del periodo perinatal**

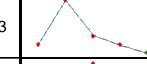
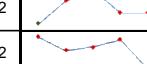
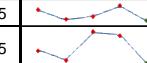
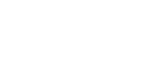
Entre 2019 y 2023, la mortalidad por afecciones del periodo perinatal mostró una tendencia variable en Bogotá y, específicamente, en Ciudad Bolívar.

En 2023, Bogotá registró una tasa de mortalidad por estas afecciones de 3,8 defunciones por cada 100.000 habitantes, lo que representó el 0,9% del total de defunciones de la ciudad. La localidad de Ciudad Bolívar reportó la misma tasa de 3,8 por cada 100.000 habitantes, también equivalente al 0,9% de sus defunciones totales.

Dentro de esta categoría, en 2023, la subcategoría "resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal" registró la tasa más alta con 1,5 defunciones por cada 100.000 habitantes. Le siguieron los "trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal", que alcanzaron una tasa de 1,2.

En comparación con el año anterior, la mortalidad por sepsis bacteriana del recién nacido presentó una reducción del 75,2%. Asimismo, las mortalidades por "feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas con traumatismo del nacimiento" y "resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal" reportaron cada una, reducción del 50,4%. Los "trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal" también disminuyeron en 47,1% (ver tabla 16).

*Tabla 16. Tasas crudas de mortalidad, por afecciones del periodo perinatal, según sexo, localidad Ciudad Bolívar, 2019 – 2023*

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

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

### **Causas Externas**

Durante el periodo 2019-2023, las tasas de mortalidad por causas externas en Ciudad Bolívar mostraron un comportamiento variable. Es importante destacar que "otros accidentes de transporte no especificados" y "accidentes por disparo de arma de fuego" no registraron casos en ninguno de los años analizados.

En 2023, Bogotá registró una tasa de mortalidad por causas externas de 40,2 defunciones por cada 100.000 habitantes, representando el 9,1% del total de defunciones. En la localidad de Ciudad Bolívar, la tasa fue significativamente mayor, alcanzando 52,9 por cada 100.000 habitantes, lo que equivale al 13,2% de sus defunciones totales.

La tasa más alta en Ciudad Bolívar correspondió a las agresiones (homicidios), con 25,1 defunciones por cada 100.000 habitantes. No obstante, en comparación con el año anterior, este indicador mostró una disminución del 4,9%. Otra causa que presentó una reducción fue la de lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), con una disminución del 19,9%, registrando una tasa de 6,3 por cada 100.000 habitantes en 2023. Es crucial señalar que esta reducción se debió a la disminución de casos en mujeres, dado que la cifra en hombres se mantuvo constante durante los últimos tres años.

Por otro lado, se evidenciaron incrementos significativos en otras causas externas: los eventos de intención no determinada aumentaron en un 41,1%; las caídas incrementaron un 35,7%; y los demás accidentes mostraron un crecimiento del 27,5% (ver tabla 17).

Tabla 17. Tasas crudas de mortalidad, por causas externas, según sexo, localidad Ciudad Bolívar, 2019 – 2023

Causas externas	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Accidentes de transporte terrestre	13,0	15,8	12,4	22,1	14,0	3,4	3,4	4,3	6,1	4,8	8,1	9,5	8,3	14,0	9,4	
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	
Caidas	3,9	5,7	4,0	5,2	5,8	1,3	0,9	2,1	0,6	2,1	2,5	3,3	3,1	2,9	3,9	
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Ahogamiento y sumersión accidentales	1,0	1,6	0,9	0,9	1,2	0,0	0,3	0,3	0,6	0,0	0,5	0,9	0,6	0,8	0,6	
Accidentes que obstruyen la respiración	0,3	0,6	0,3	1,2	0,6	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,2	0,3	0,2	1,1	0,3	
Exposición a la corriente eléctrica	2,3	0,9	0,9	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,5	0,5	0,2	0,2	
Exposición al humo, fuego y llamas	0,0	0,6	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	
Envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas	0,3	0,6	0,9	1,5	0,3	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,2	0,5	0,6	0,8	0,2	
Los demás accidentes	2,9	1,6	0,9	1,5	2,1	0,6	1,8	0,3	0,6	0,6	1,7	1,7	0,6	1,1	1,4	
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	8,7	9,8	10,3	10,7	10,6	1,3	3,7	2,1	5,2	2,1	4,9	6,7	6,2	7,9	6,3	
Agresiones (homicidios)	52,8	50,9	51,0	48,2	47,0	4,1	3,4	8,2	4,8	3,3	28,0	26,8	29,4	26,4	25,1	
Eventos de intención no determinada	6,2	5,7	5,6	5,5	8,2	1,6	1,2	0,6	2,4	3,0	3,8	3,4	3,1	4,0	5,6	
Las demás causas externas	0,6	0,3	0,6	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2	0,3	0,2	0,0	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

### Todas las demás enfermedades

Durante el periodo evaluado, las tasas de mortalidad atribuidas a "las demás enfermedades" mostraron comportamientos variables en Ciudad Bolívar. En 2023, Bogotá registró una tasa de mortalidad para este grupo de 124,1 defunciones por cada 100.000 habitantes, lo que representó el 28,0% del total de defunciones de la ciudad. En la localidad de Ciudad Bolívar, la tasa fue de 108,7 por cada 100.000 habitantes, equivalente al 27,2% de sus defunciones totales.

La tasa más alta dentro de esta categoría correspondió a las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, con 29,3 defunciones por cada 100.000 habitantes. Le siguieron la diabetes mellitus, con 16,5 y las enfermedades del sistema digestivo, con 13,6 defunciones por cada 100.000 habitantes.

Se observaron disminuciones significativas en las tasas de mortalidad por deficiencias y anemias nutricionales, con una reducción del 62,8%, y por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, que disminuyeron un 22,5%.

En contraste, se registraron aumentos notables en las tasas de mortalidad por embarazo, parto y puerperio, con un incremento del 58,7%; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con un crecimiento del 39,7%; y trastornos mentales y del comportamiento, con un aumento del 32,2% (ver tabla 18).

*Tabla 18.Tasas crudas de mortalidad, por las demás enfermedades, según sexo, localidad Ciudad Bolívar, 2019 – 2023*

Demás enfermedades	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Diabetes mellitus	9,7	15,5	20,8	19,9	13,3	17,2	20,3	19,5	19,1	19,6	13,5	17,9	20,2	19,5	16,5	
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	0,0	1,9	1,9	0,6	0,6	0,3	0,3	2,1	1,8	0,3	0,2	1,1	2,0	1,2	0,5	
Trastornos mentales y del comportamiento	2,9	4,7	1,6	2,5	2,1	1,3	3,7	3,0	2,1	3,9	2,1	4,2	2,3	2,3	3,0	
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningoitis	9,4	8,2	9,6	13,8	9,1	9,1	6,5	8,5	11,5	12,1	9,2	7,3	9,1	12,7	10,6	
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	32,1	17,1	25,2	29,4	28,8	32,2	14,5	19,2	27,3	29,8	32,1	15,7	22,2	28,4	29,3	
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	7,1	5,7	5,0	4,9	6,1	7,2	3,7	2,7	2,4	2,4	7,2	4,7	3,8	3,7	4,2	
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	4,5	4,1	3,7	4,9	5,5	5,3	3,1	2,1	4,5	3,3	4,9	3,6	2,9	4,7	4,4	
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	5,2	3,5	6,2	6,1	4,2	2,5	3,1	2,4	3,6	3,3	3,8	3,3	4,3	4,9	3,8	
Resto de enfermedades del sistema digestivo	14,9	10,1	17,1	16,3	15,2	16,6	8,6	14,3	16,7	12,1	15,7	9,4	15,7	16,5	13,6	
Enfermedades del sistema urinario	12,6	3,8	6,2	7,4	5,2	7,5	4,9	7,6	4,8	7,2	10,0	4,4	6,9	6,1	6,2	
Hiperplasia de la próstata	0,0	1,3	3,1	1,2	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,5	0,6	0,6	
Embarazo, parto y puerperio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	2,5	3,0	1,5	2,4	0,5	1,2	1,5	0,8	1,2	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5,2	5,1	3,1	4,9	5,8	5,6	4,0	3,4	1,8	3,6	5,4	4,5	3,2	3,4	4,7	
Resto de enfermedades	9,4	7,3	9,6	13,8	9,4	10,9	10,8	10,7	11,5	10,8	10,2	9,0	10,2	12,7	10,1	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

### **Síntomas, signos y afecciones mal definidas**

En 2023, los síntomas, signos y afecciones mal definidas registraron una tasa de mortalidad para Bogotá de 5,3 defunciones por cada 100.000 habitantes, lo que representó el 28,0% del total de defunciones de la ciudad. En Ciudad Bolívar, la tasa fue de 6,0 por cada 100.000 habitantes, equivalente al 1,5% (n=40 casos) de sus defunciones totales.

En comparación con el año anterior, esta cifra de 2023 en Ciudad Bolívar representa una disminución del 15,7%. No obstante, es importante señalar que en 2021 se reportaron 47 casos, marcando la tasa más alta de los cinco años evaluados, con 7,2 defunciones por cada 100.000 habitantes (ver tabla 19).

*Tabla 19.Tasas crudas de mortalidad, por síntomas, signos y afecciones mal definidas, según sexo, localidad Ciudad Bolívar, 2019 – 2023*

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

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

### **Mortalidad por grupos de edad**

Entre 2019 y 2023, las principales causas de mortalidad en menores de un año en Ciudad Bolívar, según la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, fueron: Afecciones originadas en el período perinatal; representaron el 60,2% de las defunciones (n=209), Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; constituyeron el 25,4% (n=88).

En 2023, las afecciones originadas en el período perinatal registraron una tasa de mortalidad de 210,1 defunciones por cada 100.000 menores de un año. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas le siguieron con una tasa de 166,3.

Comparando con el año anterior, se observó un incremento del 61% en las muertes por malformaciones congénitas, así como un leve aumento del 2% en las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio.

En contraste, se registraron disminuciones significativas en otras causas: Enfermedades del sistema digestivo: Reducción del 100% (no se reportaron casos en 2023), Ciertas afecciones originadas en el período perinatal: Disminución del 51%, Las demás enfermedades: Reducción del 66%.

Al analizar la mortalidad por sexo, los hombres registraron un mayor número de defunciones por afecciones originadas en el período perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, y enfermedades de los sistemas respiratorio, nervioso y genitourinario, entre otras. Por su parte, las muertes en mujeres se presentaron con mayor frecuencia por afecciones originadas en el período perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, y tumores (neoplasias), entre otras causas (ver tabla 20).

*Tabla 20. Tasas específicas de mortalidad, en menor de 1 año, según sexo, localidad Ciudad Bolívar, 2019 – 2023*

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres					Mujeres					Total					
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,0	0,0	33,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	17,4	0,0	35,8	0,0	0,0	25,4	0,0	17,5
Tumores (neoplasias)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	17,5	17,5	17,2	0,0	0,0	8,5	8,4	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	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	16,5	16,6	0,0	0,0	17,5	0,0	17,4	0,0	0,0	8,5	8,4	17,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	16,7	16,5	0,0	0,0	17,1	0,0	0,0	17,4	17,6	0,0	8,5	8,4	8,5	8,6	8,8	8,8
Enfermedades del sistema respiratorio	33,4	16,5	0,0	0,0	51,4	0,0	0,0	17,4	0,0	35,8	17,1	8,4	8,5	0,0	43,8	0,0
Enfermedades del sistema digestivo	33,4	0,0	0,0	33,6	0,0	0,0	0,0	0,0	17,6	0,0	17,1	0,0	0,0	0,0	25,7	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	33,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	17,9	17,1	0,0	0,0	0,0	0,0	8,8
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	483,9	395,2	398,1	486,9	222,5	209,7	379,0	416,4	368,7	197,0	349,9	387,3	407,1	429,1	210,1	210,1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	166,9	214,1	66,4	134,3	205,4	174,7	189,5	156,2	70,2	125,4	170,7	202,1	110,3	103,0	166,3	166,3
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Todas las demás enfermedades	33,4	16,5	16,6	50,4	17,1	17,5	34,5	0,0	0,0	0,0	25,6	25,3	8,5	25,7	8,8	8,8
Causas externas de morbilidad y mortalidad	33,4	16,5	16,6	0,0	0,0	0,0	34,5	0,0	0,0	0,0	17,1	25,3	8,5	0,0	0,0	0,0

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF\_NDS/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Entre 2019 y 2023, las principales causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años en Ciudad Bolívar, según la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, fueron: Tumores (neoplasias): Representaron el 22,9% del total de defunciones (n=16), Malformaciones congénitas, deformidades

y anomalías cromosómicas: Constituyeron el 21,4% (n=15), Causas externas de morbilidad y mortalidad: Abarcaron el 18,6% (n=13).

En 2023, la categoría "Todas las demás enfermedades" registró una tasa de 8,8 defunciones por cada 100.000 niños de 1 a 4 años, seguida por las "Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas" con una tasa de 6,6. Al comparar con el año anterior, se observó un aumento significativo del 294% en la mortalidad por "Todas las demás enfermedades".

En contraste, para 2023, no se reportaron muertes por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, tumores, enfermedades del sistema nervioso, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, y causas externas de morbilidad y mortalidad, lo que representó una reducción del 100% en estas categorías.

Según el análisis por sexo, los hombres presentaron mayor mortalidad por "Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas" y "Causas externas de morbilidad y mortalidad", entre otras. Por su parte, las defunciones en mujeres se registraron con mayor frecuencia por "Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas" y Tumores, entre otras causas (ver tabla 21).

*Tabla 21. Tasas específicas de mortalidad, en menor de 1 a 4 años, según sexo, localidad Ciudad Bolívar, 2019 – 2023*

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres					Mujeres					Total				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,0	4,6	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	4,6	0,0	0,0	4,7	0,0	2,2	0,0
Tumores (neoplasias)	9,6	0,0	13,4	13,1	0,0	10,0	14,4	9,3	4,6	0,0	9,8	7,0	11,4	9,0	0,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	2,2
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	4,8	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	4,8	4,7	0,0	0,0	2,4	2,3	2,3	0,0	2,2
Enfermedades del sistema respiratorio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	9,0	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	4,4
Enfermedades del sistema digestivo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	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 período perinatal	0,0	4,6	4,5	8,8	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,9	2,3	2,3	4,5	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9,6	9,1	4,5	13,1	8,6	15,0	0,0	0,0	4,6	4,5	12,2	4,7	2,3	9,0	6,6
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	4,8	0,0	4,6	0,0	4,9	2,3	0,0	2,2	0,0
Todas las demás enfermedades	4,8	9,1	0,0	4,4	12,9	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	2,4	4,7	0,0	2,2	8,8
Causas externas de morbilidad y mortalidad	19,1	13,7	0,0	8,8	0,0	5,0	4,8	0,0	9,2	0,0	12,2	9,3	0,0	9,0	0,0

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

Entre 2019 y 2023, las principales causas de mortalidad en niños menores de 5 años en Ciudad Bolívar, según la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, fueron: Afecciones originadas en el período perinatal: Representaron el 51,6% del total de defunciones (n=215), Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas: Constituyeron el 2,7%

(n=103), Las demás enfermedades y Causas externas de morbilidad y mortalidad: Ambas con un 4,6% (n=9 casos cada una).

En 2023, las afecciones originadas en el período perinatal registraron una tasa de 42,2 defunciones por cada 100.000 menores de 5 años, seguidas por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con una tasa de 38,7.

Al comparar con el año anterior, se observó un aumento significativo del 100% en las enfermedades del sistema genitourinario, seguido de un incremento del 98,2% en la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias.

En contraste, no se reportaron muertes por tumores, enfermedades del sistema nervioso, ni enfermedades del sistema digestivo en 2023, lo que representó una reducción del 100% para estas categorías.

En el análisis por sexo, se identificó que los hombres registraron defunciones principalmente por afecciones originadas en el período perinatal, enfermedades del sistema respiratorio, del sistema nervioso y tumores (neoplasias), así como malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, entre otras. Por su parte, las mujeres presentaron mortalidades con mayor frecuencia por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, tumores (neoplasias), enfermedades del sistema respiratorio y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, entre otras causas (ver tabla 22).

*Tabla 22.Tasas específicas de mortalidad, en menores de 5 años, según sexo, localidad Ciudad Bolívar, 2019 – 2023*

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres					Mujeres					Total				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,0	3,6	7,0	0,0	0,0	0,0	3,7	3,7	3,6	7,2	0,0	3,7	5,4	1,8	3,5
Tumores (neoplasias)	7,4	0,0	10,5	10,4	0,0	11,7	15,0	7,4	3,6	0,0	9,5	7,3	9,0	7,1	0,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	3,6	7,0	0,0	0,0	3,9	0,0	3,7	3,6	0,0	1,9	1,8	5,4	1,8	0,0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	7,4	3,6	0,0	0,0	6,9	0,0	3,7	7,4	3,6	0,0	3,8	3,7	3,6	1,8	3,5
Enfermedades del sistema respiratorio	7,4	3,6	0,0	0,0	10,3	0,0	3,7	3,7	0,0	14,4	3,8	3,7	1,8	0,0	12,3
Enfermedades del sistema digestivo	7,4	0,0	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0	3,8	0,0	0,0	5,3	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	3,8	0,0	0,0	0,0	1,8
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	107,9	89,3	87,9	107,7	44,6	54,4	82,5	88,3	76,3	39,7	81,7	86,0	88,1	92,3	42,2
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	44,6	53,6	17,6	38,2	48,1	50,5	41,2	33,1	18,2	28,9	47,5	47,6	25,2	28,4	38,7
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	3,7	0,0	3,6	0,0	3,8	1,8	0,0	1,8	0,0
Todas las demás enfermedades	11,2	10,7	3,5	13,9	13,7	3,9	7,5	0,0	0,0	3,6	7,6	9,1	1,8	7,1	8,8
Causas externas de morbilidad y mortalidad	22,3	14,3	3,5	6,9	0,0	3,9	11,2	0,0	7,3	0,0	13,3	12,8	1,8	7,1	0,0

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF\_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

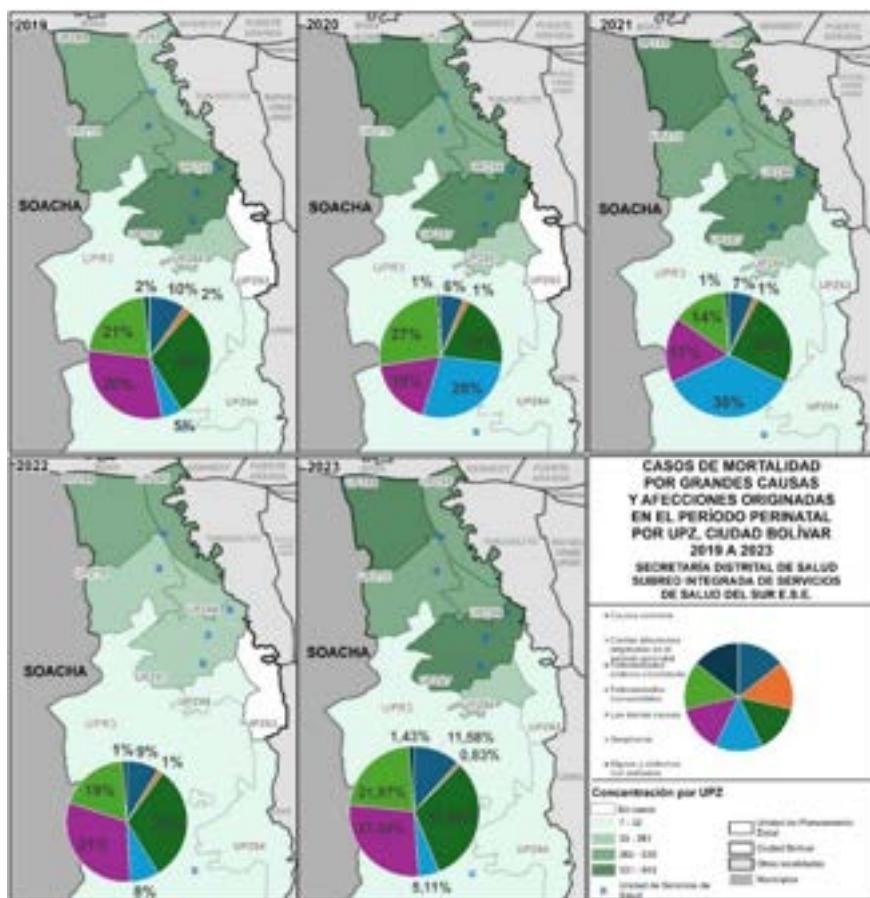
Según la base de datos de defunciones no fetales cerradas al año 2023, proporcionada por la SDS, se identificaron 15.609 casos. De estos, 392 presentaban inconsistencias debido a una no

correspondencia entre la UPZ y la información registrada, y 3.859 carecían de datos geográficos. Por tanto, el análisis se basó en 11.361 casos válidos. (ver mapa 11)

Durante el quinquenio 2019–2023, el comportamiento de la mortalidad por grandes causas y afecciones originadas en el periodo perinatal en Ciudad Bolívar mostró una alta concentración territorial, acompañada de una distribución relativamente estable en la composición de causas. Las UPZ67 Lucero, UPZ69 Ismael Perdomo, UPZ70 Jerusalem, UPZ66 San Francisco y Arborizadora UPZ65 concentraron más del 80 % del total de eventos reportados. Estas UPZ, se caracterizan por su alta densidad poblacional, condiciones de vulnerabilidad social persistente y múltiples barreras de acceso a servicios de salud oportuna.

Desde el punto de vista causal, el análisis de las proporciones anuales revela una relativa estabilidad, con predominancia constante de tres grupos, a saber: ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, que representa entre 27 % y 36 % de los casos anuales, siendo la principal causa a lo largo del quinquenio; otras afecciones de origen perinatal, que oscilan entre 17 % y 31 %, con ligeras fluctuaciones interanuales; y malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, que se mantienen entre el 14 % y 21 %, sin un crecimiento sostenido.

*Mapa 11. Mortalidades por grandes causas y afecciones originadas en el periodo perinatal en la localidad Ciudad Bolívar 2019 -2023*



### 3.3 Eventos trazadores en salud pública

Al analizar la semaforización de los indicadores trazadores relacionados con las metas estratégicas del PDD y del PTS actual, se evidencia en la mayoría de los indicadores del 2024 que no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre Ciudad Bolívar y Bogotá, excepto por la Razón de Mortalidad Materna-RMM- y la mortalidad por enfermedades crónicas, donde la diferencia relativa es significativamente más alta en la localidad respecto al Distrito.

Para la interpretación de estos resultados se empleó un sistema de semaforización que clasifica los indicadores así: Amarillo, cuando no hay una diferencia estadísticamente significativa entre el valor de la localidad y el indicador distrital; Rojo, cuando el indicador es significativamente más alto en la localidad en comparación con el Distrito; y Verde, cuando el indicador es significativamente más bajo en la localidad. Esta codificación permite visualizar de manera rápida y comparativa el comportamiento de los eventos trazadores frente a las metas distritales.

Estos indicadores para 2024 han reflejado un panorama epidemiológico con tendencias variables y donde persisten brechas asociadas a determinantes estructurales. La razón de mortalidad materna ha registrado 83,7 por 100.000 nacidos vivos, superando ampliamente la meta distrital de 35,9. Las tasas de mortalidad infantil (10,7) por 1.000 nacidos vivos y en menores de 5 años (12,1) por 1.000 nacidos vivos han excedido los límites propuestos (<9,0 y <10,3, respectivamente), reflejando el impacto de la pobreza y las barreras de acceso a servicios de salud, control prenatal, atención pediátrica, entre otros.

Sin embargo, la proporción del bajo peso al nacer ha permanecido alto 17,9 en la localidad vs. 15,2 en Bogotá) y la prevalencia de riesgo de desnutrición aguda en menores de cinco años ha alcanzado 12,3, mostrando un margen mínimo frente a la meta (13,0); ambos han estado ligados a inseguridad alimentaria y condiciones ambientales adversas. En enfermedades crónicas, la tasa ha llegado a 151,8 por 100.000 habitantes, sobre pasando el objetivo (<125). Estos resultados han sido exacerbados por el envejecimiento poblacional sin seguimiento adecuado y hábitos de vida no saludables, agravados por la falta de educación preventiva.

Los embarazos adolescentes han presentado cifras elevadas, con tasas de 28,3 por 1.000 mujeres de la misma edad entre 15-19 años, y 1,4 por 1.000 mujeres en el grupo de 10-14 años, ambas por encima de las metas (20,8 y 0,6 respectivamente), mostrando la urgencia de abordar determinantes sociales como la exclusión educativa y la violencia de género. La incidencia de sífilis congénita ha mostrado para la localidad una incidencia de 1,0 estando por debajo de la meta distrital (2,6) p. Otros indicadores revelan que las desigualdades territoriales y la fragmentación de los programas sociales han perpetuado estas brechas. La tasa de mortalidad por suicidio ha estado cerca de lo esperado (4,9 vs. 5,2), pero persisten riesgos asociados a entornos violentos y salud mental desatendida. (ver tabla 23)

Tabla 23. Semaforización indicadores trazadores asociados a metas del actual PDD y PTS, localidad Ciudad Bolívar Vs. Bogotá, 2019 – 2024

Indicadores Trazadores asociados a metas estratégicas del PDD y PTS 2024-2027	Meta 2024. Bogotá	Ciudad Bolívar 2024p	Comportamiento					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024p
Razón de mortalidad materna	35,9	83,7	↗	↗	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad perinatal	10,0	10,3	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad infantil	<9,0	10,7	↗	↗	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	<10,3	12,1	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Prevalencia riesgo DNT Aguda en menores de cinco años	13,0	12,3	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Prevalencia DNT Aguda en menores de cinco años	1,6	1,5	↗	↘	↘	↘	↘	↘
Proporción de bajo peso al nacer*	15,2	17,9	↗	↘	↗	↗	↗	↗
Tasa mortalidad por enfermedades crónicas** 30-70 años	<125	151,8	↗	↗	↗	↘	↘	↘
Tasa específica de fecundidad 10 a 14 años	0,6	1,4	↗	↗	↗	↘	↘	↗
Tasa específica de fecundidad 15 a 19 años	20,8	28,3	↗	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,6	1,0	↗	↗	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por suicidio	5,2	4,9	↗	↗	↘	↗	↗	↘

Fuente: matriz indicadores trazadores SDS, mayo y noviembre de 2024. Bases de datos SDS y aplicativo Web RUAF\_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos 2019 – 2023 “cerrados” 2024 “preliminares”, ajustado 13-01-2025. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN- SDS datos 2020 – 2023 “cerrados” 2024 “preliminares” Salidas de información de lesiones fatales de causa externa publicadas en la página del INMLCF, años 2019-2023 2 “finales” y 2024 “preliminares”, corte diciembre 2024. Proyecciones DANE – CNPV 2018 con la actualización Post Covid – 19. Nota: \* Este indicador no tiene meta establecida en el PDD, por lo tanto, se toma línea base Distrital Calculada en 2022. \*\*Indicador calculado en población de 30 a 70 años.

### **3.4 Problemáticas y necesidades ambientales.**

En Ciudad Bolívar, las problemáticas ambientales principales (46) se vincularon con la disposición incorrecta de residuos sólidos y escombros cerca de viviendas, alcantarillas y fuentes hídricas. Esto generó contaminación en quebradas y ríos por residuos y lixiviados provenientes del relleno sanitario Doña Juana, ubicado en la UPZ64 Monte Blanco. En esta zona, se detectó contaminación atmosférica y olores intensos debido a la acumulación de desechos, que también afectó áreas cercanas al territorio de la localidad de Usme. La cobertura vegetal insuficiente no mitigó la polución ni los olores, lo cual se asoció con la proliferación de vectores como mosquitos, roedores y cucarachas, y con la acumulación de gases por lixiviados. Este último factor recordó el incidente del 27 de septiembre de 1997, cuando más de un millón de toneladas de basura colapsó y llegó al río Tunjuelo, causando en la población afectada enfermedades respiratorias, gastrointestinales, dolores abdominales y de cabeza, irritación de garganta, náuseas y sangrados por exposición a gases como ácido sulfhídrico, metano, amoniaco y vapores de azufre. En 2020, se documentaron 101 problemáticas vinculadas al abandono de mascotas por turistas, manejo incorrecto de residuos, inseguridad y consumo de sustancias psicoactivas, así como accesibilidad limitada para grupos vulnerables, lo que representó una reducción frente a las 145 reportadas en 2019 (46).

En la UPZ68 El Tesoro, zona de alta densidad poblacional, se identificaron condiciones de hacinamiento en viviendas y escasez de parques y zonas de uso público. Aunque existieron áreas verdes, carecieron de infraestructura adecuada para actividades recreativas. En barrios como Florida del Sur, se reportó presencia constante de habitantes de calle, mientras que en Divino Niño se evidenció materia fecal en vías peatonales por tenencia inapropiada de mascotas. También se registraron riesgos de accidentes por señalización deficiente, mal estado de la malla vial y exceso de velocidad en vías con pendiente pronunciada (46).

En la UPZ67 Lucero, entre 2019 y 2020, los reportes de problemáticas ambientales colectivas disminuyeron de 70 a 27, atribuido a las medidas de confinamiento por Covid-19. Sin embargo, persistió la acumulación inadecuada de residuos, que pasó de concentrarse en barrios orientales como México y La Playa a aglomerarse en zonas occidentales como Brisas del Volador, Naciones Unidas, Villas del Diamante, Cordillera Sur y La Esmeralda Sur. En estos dos últimos, se destacaron deficiencias en servicios públicos, invasión de espacio público y acumulación de heces fecales. Los entornos inseguros se redujeron de 6 a 1, limitándose en 2020 al barrio Marandú (46).

En la UPZ65 Arborizadora, la contaminación del aire por actividades industriales y vías como la Autopista Sur y la Carrera 51 afectó la salud respiratoria de la población. La acumulación incorrecta de residuos aumentó de 1 punto reportado en 2019 a 5 en 2020, vinculada a la falta de separación de desechos domésticos en zonas de invasión cerca del barrio Isla del Sol y la ronda del río Tunjuelo. En Protecho II, se registraron casos de inseguridad, tenencia inapropiada de mascotas e invasión de espacios públicos (46).

En la UPZ70 Jerusalem, los puntos críticos de basura se localizaron en la Transversal 50, límite con la UPZ69 Ismael Perdomo, zona percibida como insegura y con malla vial deteriorada, lo que dificultó la conectividad entre barrios. Las áreas verdes, sin infraestructura adecuada y con iluminación

nocturna insuficiente, se asociaron a consumo de sustancias psicoactivas, acumulación de basura y heces de mascotas (46).

En la UPZ66 San Francisco, la alta densidad poblacional se relacionó con tenencia inadecuada de mascotas y manejo incorrecto de residuos cerca de cuerpos de agua y vías como la Calle 62 Sur, generando olores intensos y presencia de roedores. La falta de zonas verdes y cobertura vegetal agravó la contaminación por emisiones vehiculares, mientras que el tránsito por vías residenciales para evitar congestiones en la Avenida Boyacá incrementó accidentes por exceso de velocidad y señalización deficiente (46).

En la UPZ69 Ismael Perdomo, el barrio Sierra Morena presentó invasión de espacio público y falta de accesibilidad en salud para grupos vulnerables. En el barrio Caracolí, se identificaron zonas de invasión y acumulación de basura que deterioraron el paisaje y la calidad de vida (46).

### **3.5 Problemáticas de salud en relación con los núcleos de inequidad**

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

#### **Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud (oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e integralidad)**

Frente a este núcleo, fueron identificadas dos problemáticas principales: 1. Barreras geográficas y económicas en el acceso a servicios de salud y 2. Deficiencias en la oportunidad, continuidad y humanización de los servicios de salud.

En Ciudad Bolívar, aunque la cobertura del aseguramiento en salud supera el 99,9% para los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción, persisten inequidades en el acceso a los servicios. La población afiliada al régimen contributivo no cuenta con presencia institucional especializada para su atención en la localidad, obligando a las familias a desplazarse fuera de la zona para recibir atención. Esto implica incremento en gastos económicos, tiempo de desplazamiento y limitación en la posibilidad real de acceso debido a condiciones laborales y de ocupación de quienes aportan económicamente a la manutención familiar.

La población subsidiada también enfrenta barreras geográficas y económicas, especialmente en sectores periféricos como Bella Flor, Paraíso, Caracolí donde los habitantes realizan largas caminatas para acceder a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

En la zona rural, con 7.244 usuarios (45% en régimen contributivo y 55% en subsidiado), se cuenta solo con dos Unidades de Servicios de Salud (USS Mochuelo y Pasquilla) que ofertan servicios de baja complejidad. Para atención de mayor complejidad, la población debe desplazarse hacia el área urbana de la zona sur o recorrer mayores distancias hacia el centro y norte de la ciudad. Las UPZ El Mochuelo y la UPR 3 Río Tunjuelo enfrentan barreras geográficas, deficiencias en cobertura de transporte público y problemas de malla vial que imposibilitan el acceso a los CAPS.

Asimismo, la localidad presenta marcadas deficiencias en la oportunidad de citas para medicina especializada, donde la oferta de servicios es insuficiente con relación a la población demandante.

Esta situación prolonga la definición de diagnósticos, retrasa el inicio de tratamientos y dificulta el seguimiento y control de enfermedades. Existe un subregistro de la situación real de salud porque algunas personas desisten de continuar con los trámites administrativos debido a los tiempos de espera, lo que se refleja en el incremento de la Razón de Mortalidad Materna y en la Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles en población de 30 a 70 años.

Persisten problemas en la continuidad y oportunidad de entrega de medicamentos por desabastecimiento o deficiente gestión de inventarios, obligando a las personas a acudir múltiples veces a los servicios farmacéuticos o a interrumpir tratamientos por falta de recursos para adquirir medicamentos por cuenta propia, afectando la adherencia terapéutica y empeorando las condiciones de salud.

La comunidad ha expresado necesidades de humanización, particularmente en el personal administrativo encargado de gestionar autorizaciones y asignación de citas, y demanda la reducción de trámites que constituyen barreras de acceso. Las personas mayores enfrentan dificultades adicionales por limitaciones para acceder a medios tecnológicos, postergando solicitudes de citas médicas, turnos de laboratorio y ayudas diagnósticas, y requiriendo acompañamiento que implica gastos adicionales y permisos laborales para sus familiares.

**Inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el territorio que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población**

Para este núcleo se identificaron problemáticas relacionadas con: contaminación ambiental y deterioro de la salud pública; violencia intrafamiliar, de género y sexual, sus impactos en salud mental y consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA).

En Ciudad Bolívar se identifican zonas con un alta de contaminación ambiental por actividades a gran escala que afectan permanentemente la calidad del aire y las fuentes hídricas. Entre estas actividades destacan la explotación minera en el Parque Minero Industrial y canteras con presencia de grandes industrias cementeras en las UPZ El Mochuelo, Jerusalén, Monteblanco y El Tesoro; la Asociación Nacional de Fabricantes de Ladrillo y Materiales de Construcción (ANAFALCO) en El Mochuelo, abarcando territorio rural de los corregimientos Mochuelo Alto, Mochuelo Bajo, Quiba Alta y Quiba Baja; y la presencia del Relleno Sanitario Doña Juana.

Estas actividades generan cambios geomorfológicos del terreno, modificación y contaminación de cuerpos de agua, alteración del suelo, erosión, eliminación de cobertura vegetal, contaminación por material particulado, ruido y gases, desestabilización de taludes y riesgos por remoción en masa. Estas condiciones se asocian con infecciones respiratorias agudas, neumonías, enfermedades cutáneas y gastrointestinales que afectan la calidad de vida, especialmente de niños menores de 5 años, personas mayores de 60 y personas con enfermedades respiratorias preexistentes. También se generan impactos en salud mental como irritabilidad, cambios de ánimo, depresión y ansiedad, asociados tanto a la exposición a contaminantes como a la segregación social derivada de residir en estas zonas.

El Relleno Sanitario Doña Juana presenta problemas específicos como proliferación de moscas, roedores y olores que afectan la higiene doméstica, la salud humana, animal y los cultivos rurales. La inadecuada disposición de residuos y proliferación de vectores en puntos críticos de la localidad profundiza esta problemática sanitaria.

Por otro lado, la localidad presenta altos índices de violencia intrafamiliar, de género y sexual, registrando 10.300 casos de violencia intrafamiliar, lo que la posiciona como la localidad con mayor incidencia en Bogotá. Aunque la tasa de violencia sexual (105,4%) está por debajo del promedio distrital (127,2%), sigue siendo una problemática prioritaria que afecta el bienestar y la salud mental de la población.

La salud mental constituye otra preocupación significativa, especialmente por la conducta suicida y suicidio consumado, que registró en 2023 una tasa de 6,8% por 100.000 habitantes, superior al 5,3% de Bogotá. Esta situación está influenciada por dinámicas de desplazamiento interno debido al conflicto armado, secuelas de la pandemia, dificultades de acceso a servicios de salud y limitaciones socioeconómicas que restringen el goce efectivo de derechos en salud.

Las condiciones de desigualdad de género, prácticas culturales machistas, presencia de economías ilegales y actores armados han generado un contexto de intensos conflictos sociales. Esta situación se manifiesta en riñas y aumento de violencia, agravado por acceso insuficiente a servicios de salud mental, normalización de la violencia y carencia de habilidades para gestión de conflictos, afectando especialmente a jóvenes, mujeres, adolescentes y víctimas del conflicto armado.

Finalmente, la desigualdad socioeconómica, falta de acceso a educación y empleo, y limitada capacidad institucional dificultan la atención efectiva del consumo problemático de SPA en la localidad. El acceso al tratamiento enfrenta obstáculos como insuficiencia de centros de rehabilitación en la Subred, dependencia de entidades tercerizadas con tratamientos de corto plazo y ausencia de enfoque integral e individualizado, especialmente para población vulnerable como habitantes de calle, adolescentes y jóvenes.

Factores como la dinámica familiar (que puede funcionar como elemento protector o de riesgo), fácil acceso a sustancias lícitas e ilícitas, y concentración de expendios en las UPZ El Tesoro, Jerusalén y Monteblanco inciden en esta problemática. Para 2024, se registraron 6.711 casos de consumo problemático de sustancias, impactando la salud física y mental de la población y aumentando la demanda de servicios de atención sanitaria.

### **Debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud**

Teniendo en cuenta lo relacionado frente a este núcleo en el marco conceptual de este documento, se identificaron las siguientes problemáticas: desarticulación institucional y limitada incidencia de los espacios de participación; debilidad en la comunicación institucional y participación ciudadana no vinculante.

En Ciudad Bolívar existe una marcada fragmentación institucional y falta de articulación entre diferentes niveles de gobierno, dificultando la implementación de estrategias coordinadas y

sostenibles en salud. La ausencia de mecanismos sólidos de planificación, seguimiento y evaluación contribuye a respuestas desarticuladas que no abordan estructuralmente los determinantes sociales de la salud.

Un reto principal es la débil articulación intersectorial y transectorial. A pesar de contar con espacios como el COLMYEG (donde participan representantes del sector salud), el CPL (donde el sector salud es el único sector participante), el Consejo Local de Discapacidad, la mesa transversal de Salud Ambiental y el Consejo Local de Juventud, la capacidad de incidencia real de estas instancias es limitada. La falta de integración entre los sectores de salud, educación, ambiente y desarrollo social impide implementar políticas públicas que atiendan integralmente los desafíos territoriales, como contaminación ambiental, inseguridad, acceso a agua potable y disposición de residuos sólidos.

Se identifica la necesidad de fortalecer la política de Salud Ambiental, solicitando socialización de productos por cada entorno y proceso para mayor contexto de los participantes, garantizando mejor entendimiento de acciones para mejorar condiciones de salud. También se requiere articulación intersectorial para visibilizar y apropiar actividades de la RPMS de Salud Oral y coordinación con Comunicaciones para generar piezas comunicativas promocionales.

De igual manera, la comunicación institucional en la localidad presenta importantes deficiencias que limitan la difusión efectiva de decisiones y acciones. Se identifica como reto el fortalecimiento de la capacidad institucional para difundir la toma de decisiones en el territorio y responder a necesidades planteadas. El objetivo general del IEC (Información, Educación y Comunicación) es desarrollar acciones que respondan a necesidades territoriales para promover capacidades, toma de decisiones informada y desarrollo de comunidades multiplicadoras de saberes, pero requiere fortalecimiento del aparato comunicativo para posicionar acciones que mejoren las condiciones de salud poblacional.

En cuanto a participación social, los Proyectos de Desarrollo Local (PDL) son percibidos como procesos consultivos más que como resultado de participación incidente. Se menciona la necesidad de transitar hacia ejercicios de concertación entre diferentes actores (representantes de mesas de trabajo, CPL, JAL, Alcaldía Local), reduciendo intermediaciones en la revisión de proyectos y simplificando la estructura del PDL para articularlo al Sistema Distrital de Planeación, garantizando participación ciudadana vinculante en la planeación territorial y asuntos de salud.

Se propone desarrollar consejos ampliados semestralmente para acercamiento comunitario, fortalecer nuevos liderazgos (priorizando niños, niñas y adolescentes en formación escolar) y garantizar relevo generacional en apuestas y necesidades locales. También se plantea armonizar agendas para generar espacios que vinculen temas institucionales y juveniles, fortaleciendo convocatorias y participación en el Comité Operativo de Juventud.

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

Finalmente, para este núcleo de inequidad se identificaron las siguientes problemáticas en la localidad: vulnerabilidad ante desastres naturales y emergencias sanitarias y emergencias asociadas al Relleno Sanitario Doña Juana.

La localidad presenta condiciones que han generado desastres y emergencias, principalmente relacionadas con zonas de alto riesgo de remoción en masa, como lo ocurrido en Altos de la Estancia en 1998, y los múltiples eventos durante períodos de lluvias intensas (desprendimientos de piedras y deslizamientos que afectan viviendas y vías).

Las capacidades para prevenir, alertar y responder ante emergencias son insuficientes, exponiendo a la población a riesgos evitables y agravando el impacto de crisis sanitarias. La infraestructura inadecuada y la falta de mecanismos de alerta temprana limitan la capacidad del sistema de salud para actuar eficazmente. Esta debilidad se manifiesta en baja cobertura de vigilancia epidemiológica y respuesta tardía ante brotes de enfermedades.

La vulnerabilidad poblacional se exacerba por deslizamientos, inundaciones y crisis sanitarias que afectan zonas de mayor riesgo. La falta de articulación intersectorial en gestión del riesgo dificulta la implementación de estrategias preventivas y respuesta efectiva ante emergencias.

En cuanto al Relleno Sanitario Doña Juana, este, representa un foco permanente de riesgo de emergencias ambientales y sanitarias. El antecedente más grave fue el deslizamiento de aproximadamente un millón de toneladas de basuras en septiembre de 1.997, que obstruyó el río Tunjuelo y afectó directamente a 30.000 personas, siete veredas y 900 barrios del sur de Bogotá.

Aunque de menor escala, el relleno ha presentado otras emergencias que impactan constantemente la salud de residentes cercanos. Estas situaciones evidencian la falta de planificación adecuada y mecanismos de respuesta efectivos ante contingencias asociadas a la gestión de residuos en la localidad.

La limitada infraestructura para detección temprana de emergencias en el relleno y la deficiente coordinación entre entidades responsables del manejo de desastres aumentan la vulnerabilidad de comunidades aledañas ante posibles colapsos o problemas sanitarios derivados de este equipamiento.

### **Conclusiones**

El análisis de la situación de salud en Ciudad Bolívar evidencia cómo los núcleos de inequidad identificados se materializan en una carga persistente de morbilidad que afecta de manera diferencial a poblaciones específicas del territorio. Las barreras geográficas y económicas en el acceso a servicios de salud, concentradas especialmente en sectores periféricos como Bella Flor, Paraíso y Caracolí, así como en la zona rural con limitada oferta de servicios especializados, se traducen directamente en el incremento sostenido de indicadores críticos como la razón de mortalidad materna (83,7 por 100.000 nacidos vivos) y las tasas de mortalidad infantil (10,7 x 1.000 NV) y en menores de 5 años (12,1 x 1.000 NV), que superan ampliamente las metas distritales.

La contaminación ambiental derivada del Relleno Sanitario Doña Juana y las actividades mineras configura un determinante estructural que se refleja en patrones específicos de morbilidad. Las infecciones respiratorias agudas, que constituyen la principal causa de atención en urgencias para población infantil, junto con las enfermedades gastrointestinales y cutáneas, evidencian el impacto directo de la exposición a material particulado, gases y lixiviados sobre grupos etarios vulnerables. Esta situación se agrava en las UPZ El Mochuelo, Jerusalén, Monteblanco y El Tesoro, donde la proximidad a fuentes contaminantes intensifica la carga de enfermedad en niños menores de 5 años y personas mayores de 60 años.

Las inequidades de género se manifiestan en una carga diferencial de morbimortalidad que posiciona a Ciudad Bolívar como la localidad con mayor incidencia de violencia intrafamiliar en Bogotá (10.300 casos entre 2022-2024). Esta violencia estructural se articula con las tasas elevadas de embarazo adolescente ( $28,3 \times 1.000$  mujeres de 15-19 años) y ( $1,4 \times 1.000$  mujeres de 10 a 14 años) los altos registros de atención materna por complicaciones, evidenciando cómo las desigualdades de género configuran trayectorias específicas de riesgo en salud reproductiva y mental para las mujeres del territorio.

La distribución geográfica de la mortalidad, con concentración persistente en las UPZ Ismael Perdomo, Lucero y Jerusalén, refleja la intersección entre determinantes territoriales y poblacionales que generan núcleos de inequidad específicos. Las enfermedades del sistema circulatorio (137,6 casos por 100.000 habitantes) y las demás causas, que constituyen las principales causas de muerte, se concentran en poblaciones con limitado acceso a detección oportuna y seguimiento especializado, evidenciando cómo las barreras sistémicas se traducen en desenlaces evitables de mortalidad.

La desarticulación institucional y los espacios de participación no vinculantes perpetúan un ciclo donde las problemáticas estructurales no encuentran respuestas coordinadas, manteniendo la vulnerabilidad poblacional ante emergencias sanitarias y desastres naturales. La insuficiente capacidad de respuesta del sistema, manifestada en el subregistro de condiciones de salud debido a abandono de tratamientos por barreras de acceso, configura un escenario donde las inequidades en salud se reproducen y profundizan, demandando intervenciones integrales que aborden simultáneamente los determinantes estructurales y las manifestaciones específicas de morbimortalidad en cada población del territorio.

Adicionalmente, el análisis epidemiológico reveló patrones específicos de morbilidad y mortalidad que caracterizan el perfil sanitario de la localidad. Durante el primer semestre de 2024, las enfermedades de la cavidad bucal, glándulas salivales y maxilares constituyeron el principal reporte de consulta externa, mientras que las infecciones respiratorias agudas predominaron en servicios de urgencias para población masculina, y la atención materna relacionada con complicaciones del feto y cavidad amniótica fue la principal causa de urgencias en mujeres.

La vigilancia epidemiológica evidenció un incremento significativo desde 2021 en eventos como agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, intoxicaciones por sustancias diversas y enfermedades transmisibles específicas, siendo la violencia intrafamiliar y de género el

evento con mayor número de notificaciones para 2023. En términos de mortalidad, las enfermedades del sistema circulatorio constituyeron la principal causa de muerte, seguidas por otras causas diversas como la diabetes mellitus, deficiencias y anemias nutricionales, tanto en hombres como en mujeres. Para población menor de cinco años, las malformaciones congénitas y afecciones perinatales representaron las tasas de mortalidad más elevadas.

Los indicadores trazadores de 2024 confirmaron el incumplimiento sistemático de metas distritales en indicadores críticos de salud materno-infantil, incluyendo mortalidad materna, mortalidad perinatal, bajo peso al nacer, enfermedades crónicas y tasas específicas de fecundidad en adolescentes de 10-14 y 15-19 años, mortalidad infantil y mortalidad en menores de 5 años.

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

En este capítulo se analizan las respuestas de los diversos actores sociales e institucionales frente a las problemáticas socioambientales que afectan la salud en la localidad. Para ello, se integraron fuentes secundarias con información primaria recopilada a través de la participación de líderes de entornos cuidadores y de representantes de políticas locales vinculados a la Subred Sur.

A partir de una mirada local, la información fue sistematizada en una matriz adaptada de los lineamientos nacionales, complementada con hallazgos del proceso de codificación Atlas. Ti. Esto permitió reconocer las articulaciones intersectoriales en salud, educación y otros ámbitos relacionados. Este ejercicio analítico es importante para comprender cómo se están abordando los núcleos de inequidad identificados anteriormente y evaluar la efectividad de las estrategias implementadas en los territorios.

Los entornos considerados en este análisis incluyen: el entorno educativo, que busca institucionalizar prácticas para el cuidado de la salud en instituciones educativas; el entorno comunitario, orientado a promover el bienestar en barrios y veredas; el entorno institucional, enfocado en el cuidado integral de personas institucionalizadas; y el entorno laboral, dirigido a mejorar las condiciones de salud de trabajadores informales. Adicionalmente, se consultó a líderes de políticas públicas, quienes desempeñan un rol estratégico en la planeación, coordinación intersectorial y evaluación de políticas de salud pública con énfasis en la participación social y equidad. Las acciones de estos entornos recopilaron y se observan en el mapa 12.

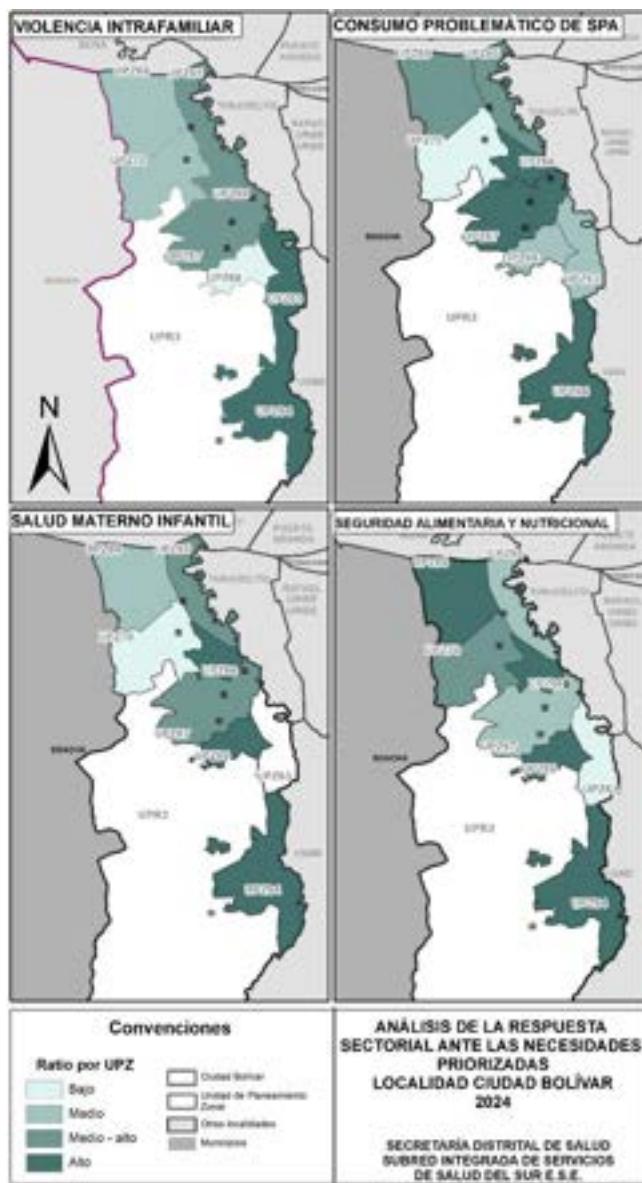
##### **4.1 Análisis de la respuesta intersectorial, sectorial y social con énfasis en avances y limitaciones**

El presente análisis cartográfico constituye una herramienta fundamental para la comprensión territorial de las problemáticas de salud priorizadas en la localidad de Ciudad Bolívar, desarrollado en el marco del fortalecimiento de la respuesta sectorial ante las necesidades identificadas. La cartografía social y epidemiológica aquí presentada resulta de un proceso sistemático de georreferenciación de datos que permite visualizar la distribución espacial de cuatro problemáticas

críticas que podían representarse con datos cuantitativos, como violencia intrafamiliar, consumo problemático de sustancias psicoactivas, salud materno infantil y seguridad alimentaria y nutricional, estableciendo las bases empíricas para la focalización territorial de intervenciones diferenciadas según las características específicas de cada UPZ y la concentración de determinantes sociales del territorio.

La metodología empleada integra información epidemiológica, determinantes sociales y análisis de concentración espacial para generar una representación territorial que orienta la toma de decisiones en salud pública en un contexto de alta vulnerabilidad socioeconómica. Cada mapa evidencia no solo la distribución de las problemáticas sino también la intensidad de la respuesta sectorial implementada por la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur, permitiendo identificar correspondencias entre necesidades territoriales y asignación de recursos en las diferentes UPZ que conforman esta localidad periférica, por medio del cálculo ratio, explicado en la metodología del presente documento. Esta aproximación territorial facilita la comprensión de las inequidades en salud como fenómenos espacialmente determinados, donde la interseccionalidad de problemáticas configura núcleos específicos de vulnerabilidad que requieren intervenciones diferenciadas y coordinadas intersectorialmente, considerando particularmente las condiciones de marginalidad urbana, la proximidad al Relleno Sanitario Doña Juana y las actividades extractivas que caracterizan el perfil epidemiológico y ambiental de Ciudad Bolívar.

Mapa 12. Respuesta sectorial ante las necesidades priorizadas, Ciudad Bolívar, 2024



Fuente: Bases Gestión de la información GESI, 2024.

## SALUD AMBIENTAL

La salud ambiental en Ciudad Bolívar se caracteriza por la confluencia de diversos determinantes estructurales que afectan las condiciones sanitarias del territorio. El deterioro de la infraestructura vial, la gestión de residuos sólidos, la actividad de la industria minera y la presencia del Relleno Sanitario Doña Juana configuran un escenario que impacta la salud colectiva. Las condiciones topográficas y geográficas de la localidad generan limitaciones en la movilidad y obstaculizan la prestación de servicios básicos, particularmente en las UPZ El Tesoro, Lucero, Ismael Perdomo, caracterizadas por estar ubicadas en zonas de ladera y pendientes pronunciadas y las zonas altas de

la UPZ San Francisco, donde las deficiencias en infraestructura y saneamiento se manifiestan con mayor intensidad.

La emisión de material particulado proveniente de las actividades mineras, la acumulación de desechos en espacios públicos y la ausencia de un sistema de recolección puerta a puerta contribuyen a la contaminación del aire, el suelo y las fuentes hídricas como el río Tunjuelo. A estos factores se suma la presencia de animales abandonados y la proliferación de vectores como roedores e insectos, que generan condiciones sanitarias que afectan a la población, como el aumento de enfermedades respiratorias, sin que ello implique una relación lineal de causa y efecto.

Esta situación se asocia principalmente a los núcleos de "inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en la localidad que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población", vinculándose con aspectos como contaminación, manejo de residuos, presencia de vectores, infraestructura urbana y uso del espacio público. Adicionalmente, se relaciona con la "debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transsectorial", específicamente en lo concerniente a la planificación articulada de políticas, programas y acciones entre los diferentes niveles de gobierno, así como en los espacios y mecanismos de participación ciudadana.

Los impactos de esta problemática se distribuyen de manera diferencial en la población, afectando con mayor intensidad a niños y niñas menores de 5 años, quienes presentan susceptibilidad a enfermedades gastrointestinales, respiratorias y dermatológicas; personas mayores con sistemas inmunológicos más vulnerables; habitantes de barrios como Mochuelo Bajo y Alto cercanos al Relleno Sanitario; trabajadores informales que desarrollan actividades de reciclaje o manejo de residuos sin protección adecuada; y población general en situación de precariedad habitacional con acceso limitado a servicios de saneamiento básico.

La complejidad de la salud ambiental en Ciudad Bolívar requiere un abordaje integral que contemple factores como la calidad del aire, el acceso a agua potable y saneamiento básico, el control del ruido, las condiciones de movilidad y las adaptaciones frente al cambio climático. Esta perspectiva multidimensional evidencia la necesidad de articular acciones desde diversos sectores institucionales y comunitarios para transformar las condiciones del territorio, considerando que los efectos sanitarios de esta problemática afectan transversalmente a todos los cursos de vida, con énfasis en grupos en situación de vulnerabilidad social, ambiental y sanitaria.

### **Respuesta sector salud**

El sector salud ha implementado acciones específicas en diversos entornos para abordar las condiciones de vida en Ciudad Bolívar. En el entorno comunitario (ver mapa 12), se ha potenciado la participación ciudadana mediante los Comités de Participación Comunitaria en Salud (Copacos) y Mesas de Salud Ambiental, incorporando a líderes y organizaciones barriales en procesos decisarios. Las estrategias del entorno cuidador comunitario han permitido desarrollar actividades educativas sobre separación en la fuente, reciclaje y riesgos sanitarios asociados a la acumulación de residuos. Adicionalmente, se han implementado dispositivos comunitarios con talleres sobre prevención de enfermedades transmitidas por vectores, manejo higiénico de residuos y riesgos relacionados con

animales abandonados, manteniendo una participación constante en mesas locales de salud ambiental con entidades como la Secretaría Distrital de Ambiente, UAESP, Alcaldía Local e IDPYBA.

En el entorno educativo, se han realizado jornadas de embellecimiento y limpieza frente a instituciones como el Colegio México, en colaboración con el equipo de Análisis y Políticas y el grupo "Cuidarte del Espacio Público". La implementación de Entornos Escolares Protectores ha incluido actividades de recuperación de puntos críticos y mejora de espacios públicos. Se ha iniciado una ruta de recolección de residuos aprovechables en el barrio Sierra Morena, articulada con la prevención de plagas y roedores. Las intervenciones específicas en colegios cercanos al relleno Doña Juana han incluido procesos educativos sobre desinfección para control de vectores y manejo adecuado de alimentos, complementados con el desarrollo de trabajo hidropónico y fortalecimiento de educación alimentaria en instituciones educativas de Mochuelo durante 2024.

Desde el entorno institucional, se han abordado temáticas de prevención y promoción de la salud a través de diferentes procesos transversales, así como la activación de rutas y notificación de eventos de interés en salud pública, según riesgos y alertas identificadas. En paralelo, el entorno laboral ha sido impactado mediante la sensibilización a trabajadores de unidades de trabajo informal (de bajo, mediano y alto impacto) sobre el manejo adecuado de residuos sólidos, con énfasis en la adecuada disposición y clasificación de materiales reciclables y no reciclables.

Desde el equipo de políticas, se han identificado puntos críticos mediante recorridos territoriales y gestión con operadores de aseo para zonas de difícil acceso. Se ha trabajado en el abordaje de tenencia responsable de animales de compañía y jornadas de vacunación antirrábica, considerando que Ciudad Bolívar es la localidad con mayor presencia de animales en calle según IDPYBA. La implementación de jornadas de desratización ha sido una medida concreta para el control de vectores. Adicionalmente, se ha establecido una vigilancia intensificada al relleno sanitario por un equipo interdisciplinario, con abordaje en barrios priorizados cercanos y participación en mesas mensuales de coordinación.

### **Respuesta intersectorial**

En Ciudad Bolívar se han implementado mecanismos de articulación entre diversas entidades como la UAESP, Alcaldía Local, operadores de aseo, IDPYBA y Secretaría de Ambiente para abordar las problemáticas ambientales y sanitarias del territorio. Esta coordinación ha permitido la realización de intervenciones conjuntas desde los Entornos Escolares Inspiradores y Protectores, contando con la participación activa de la Alcaldía Local, Secretaría de Educación, LIME y Policía Nacional, lo que ha facilitado acciones más efectivas en el entorno educativo.

Las problemáticas ambientales específicas de la localidad son abordadas mediante la Comisión Ambiental Local y la Mesa de Residuos, instancias que organizan recorridos territoriales multisectoriales para identificar puntos críticos y establecer soluciones. Complementariamente, se han implementado proyectos PROCEDAS a través de presupuestos participativos, con énfasis en el sector comunitario, lo que ha permitido una mayor apropiación de las iniciativas por parte de los habitantes.

El manejo integral de la situación ha incluido la definición de acciones como desparasitación y valoración médica, atendiendo las necesidades sanitarias de la población. Adicionalmente, se ha establecido un escenario de riesgo de grandes operaciones de manera intersectorial para el manejo sistemático de estas problemáticas, fortaleciendo la capacidad de respuesta institucional ante situaciones que afectan las condiciones de vida de los habitantes.

### **Respuesta social**

La participación comunitaria se evidencia en iniciativas como "Formando lazos para un territorio sostenible", que promueve una cultura de reciclaje y aprovechamiento de residuos sólidos entre los habitantes de Ciudad Bolívar. Esta acción colectiva ha contribuido a la transformación de prácticas cotidianas relacionadas con el manejo de desechos a nivel domiciliario.

Se ha desarrollado una mayor comprensión comunitaria sobre la relación causal entre la proliferación de plagas y roedores y las afectaciones a la salud derivadas del manejo inadecuado de residuos. Esta conciencia ha motivado solicitudes constantes de intervención institucional para el abordaje de problemáticas identificadas en diferentes sectores de la localidad, evidenciando una comunidad más informada y participativa en la gestión de sus propias condiciones ambientales y sanitarias.

### **Avances**

La implementación de jornadas regulares de educación ambiental dirigidas a comunidades escolares, familias y recicladores ha fortalecido el conocimiento sobre manejo de residuos en Ciudad Bolívar. El sector salud ha incrementado su participación en mesas interinstitucionales con UAEPS, Secretaría de Ambiente, Alcaldía Local y operadores de aseo, logrando una coordinación más efectiva de las intervenciones territoriales. La georreferenciación más precisa de sitios con disposición inadecuada de basuras ha permitido priorizar las intervenciones conjuntas, optimizando el uso de recursos disponibles para atender las zonas más afectadas.

Las jornadas lideradas por la Alcaldía Local y UAEPS para remover residuos en lotes baldíos y zonas comunes han contado con la participación activa de líderes comunitarios, fortaleciendo el tejido social en torno a la gestión ambiental. Estas acciones han resultado en la recuperación de puntos críticos de acumulación de basura que funcionaban como criaderos de vectores. Se evidencia una mayor sensibilización sobre disposición adecuada de residuos en sectores sin cobertura de recolección diaria, así como la identificación y tratamiento de focos críticos de proliferación de vectores que anteriormente no habían sido intervenidos.

En el ámbito educativo, se ha establecido la ruta de recolección de residuos aprovechables en Sierra Morena, articulada con acciones de prevención de plagas, generando un modelo integral que vincula la gestión de residuos con el control vectorial. Las intervenciones en colegios cercanos al relleno Doña Juana han sido efectivas en mitigar impactos específicos en estas instituciones. Los procesos educativos implementados sobre desinfección para control vectorial y manejo de alimentos han fortalecido las prácticas sanitarias en la comunidad educativa.

El desarrollo de iniciativas de agricultura urbana, específicamente el trabajo hidropónico, y la educación alimentaria en instituciones de Mochuelo durante 2024 han diversificado las estrategias de intervención, incorporando componentes de seguridad alimentaria a las acciones ambientales. En el entorno institucional, se ha avanzado en el desarrollo de políticas públicas orientadas a la problemática ambiental, mientras que en el entorno laboral se mantiene la implementación continua de acciones de información, educación y comunicación para sensibilizar sobre manejo adecuado de residuos.

A nivel de políticas, se han definido estrategias con operadores de aseo para implementar la recolección puerta a puerta en sectores con dificultades de acceso, adaptando los servicios a las características geográficas y urbanísticas particulares de Ciudad Bolívar. La generación de estrategias intersectoriales ha permitido un abordaje integral de las problemáticas, superando la fragmentación de acciones que caracterizaba intervenciones anteriores. El establecimiento de vigilancia intensificada al relleno sanitario constituye un avance significativo en el monitoreo de una de las principales fuentes de impacto ambiental en la localidad.

### **Limitaciones**

En Ciudad Bolívar persiste una falta de cobertura en la recolección de residuos en zonas de desarrollo informal, donde los servicios básicos de saneamiento no han logrado establecerse de manera regular, la cual se acentúa en las zonas de asentamiento informal. Los recursos disponibles para intervenciones en la localidad son limitados, lo que afecta la continuidad y el alcance de las acciones implementadas en los territorios. La articulación entre los diferentes sectores institucionales muestra vacíos que dificultan la ejecución de acciones coordinadas, resultando en intervenciones fragmentadas que no logran un impacto integral en las comunidades. Las iniciativas ambientales presentan niveles bajos de participación comunitaria, lo que reduce su efectividad y sostenibilidad en el tiempo. Existe una falta de conciencia ciudadana sobre tenencia responsable de animales, procesos de esterilización y adopción, lo que contribuye al incremento de animales en condición de abandono en espacios públicos.

Las iniciativas implementadas en instituciones educativas enfrentan dificultades en su sostenibilidad debido a la falta de mantenimiento constante y recursos adecuados para su continuidad. La concientización en la comunidad educativa no se mantiene de manera suficiente, lo que limita la apropiación de prácticas ambientales sostenibles. Durante el año actual no se tiene priorizado un colegio cercano al relleno sanitario dentro de las intervenciones programadas, aunque existe la proyección de incluir a las instituciones México y León de Greiff en futuras acciones. Existe la necesidad de revisión sobre la vida útil del relleno Doña Juana y medidas para evitar su expansión, considerando el impacto continuo que genera en las comunidades de Ciudad Bolívar y Usme.

En el ámbito institucional persisten factores conductuales, sociales, económicos, laborales y culturales que mantienen los riesgos de contaminación, evidenciando la complejidad multidimensional de la problemática. En el entorno laboral, a pesar del trabajo constante, se observa la acumulación de grandes cantidades de residuos en diferentes sectores de la localidad. Los horarios establecidos para la disposición de residuos son frecuentemente incumplidos por la comunidad, aun

cuando existe conocimiento sobre estos. La disposición inadecuada de residuos genera un impacto ambiental significativo que afecta las condiciones sanitarias del territorio.

Las características geográficas de Ciudad Bolívar presentan zonas de difícil acceso para los vehículos de recolección de basuras, dado el peso de los vehículos y la pendiente de las vías, particularmente en barrios periféricos, lo que contribuye a la formación de puntos críticos de acumulación. La ausencia de horarios fijos para la recolección de residuos dificulta la organización comunitaria en torno a esta práctica. Existen barreras contractuales con los operadores que limitan el desarrollo de acciones según las necesidades identificadas en territorio. Por otra parte, el abandono permanente de animales de compañía no cuenta con una ruta definida para su abordaje integral. La problemática trasciende el ámbito local, con condiciones en las áreas cercanas al relleno sanitario que afectan a los residentes. Esta situación de salud ambiental en Ciudad Bolívar constituye un fenómeno complejo y multicausal, influenciado por diversos factores como la calidad del aire, el acceso a agua potable y saneamiento básico, el ruido, la movilidad y el cambio climático.

### ***VIOLENCIA INTRAFAMILIAR***

La violencia intrafamiliar en Ciudad Bolívar se configura como una problemática de salud pública caracterizada por múltiples factores estructurales y sociales. La desigualdad de género, las prácticas culturales machistas y la presencia de economías ilegales en la localidad han generado un contexto de intensos conflictos sociales que se manifiestan en el aumento de la violencia intrafamiliar, de género y sexual. Esta situación se intensifica por la falta de acceso a servicios de salud mental, la normalización de la violencia en distintos contextos y la carencia de habilidades para la gestión de conflictos en los entornos familiares, produciendo repercusiones en la salud mental de la población, con índices de ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático e ideación suicida, que afectan especialmente a jóvenes, mujeres, adolescentes y víctimas del conflicto armado según datos de SALUDATA.

Los registros indican que Ciudad Bolívar reportó 10.300 casos de violencia intrafamiliar de acuerdo con el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género (OMEG), posicionándola como la localidad con mayor incidencia de estos hechos en Bogotá. Esta violencia adopta diversas manifestaciones que incluyen la violencia física, emocional, sexual, por abandono, negligencia y económica, con tasas que superan el promedio distrital, situación que evidencia la necesidad de priorizar su abordaje en las estrategias de intervención territorial.

Esta problemática se asocia principalmente a las categorías de género y edad, perteneciendo al núcleo de "inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en la localidad que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población". De manera secundaria, se vincula con el núcleo de "debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud", con subcategorías que incluyen la planificación y ejecución articulada de políticas y la oferta de espacios institucionales, sectoriales e intersectoriales.

Los impactos de la violencia intrafamiliar se distribuyen de forma diferenciada entre los diversos grupos poblacionales. Los niños y niñas en primera infancia e infancia, especialmente del género

masculino, sufren consecuencias directas e indirectas que afectan su desarrollo emocional, físico y escolar. Los adolescentes, jóvenes, personas adultas y mayores, con especial afectación hacia las mujeres, enfrentan violencia basada en género en sus relaciones familiares, de pareja y en contextos comunitarios o laborales. La población LGBTIQ+ experimenta violencia intrafamiliar y discriminación dentro de sus núcleos familiares, además de exclusión de redes de apoyo institucionales y sociales. Los trabajadores y trabajadoras informales, incluidos niños, niñas y adolescentes trabajadores, viven en condiciones de precariedad laboral y habitacional que profundizan su exposición a dinámicas de violencia, abandono y explotación.

Aunque todos los cursos de vida están expuestos a la violencia intrafamiliar, se evidencia una mayor afectación en hombres durante la niñez y en mujeres desde la adolescencia hasta la vejez, con riesgos incrementados por condiciones de género, clase social, orientación sexual e identidad de género, lo que requiere un abordaje diferencial desde las políticas públicas y las acciones intersectoriales.

Así pues, la geografía de la violencia intrafamiliar en la localidad presenta un patrón claramente diferenciado, con una intensificación progresiva hacia el sur del territorio. Las UPZ del norte y centro de la localidad, mantienen ratios relativamente bajas, que las zonas orientales y sur experimentan una escalada significativa, debido al aporte de las acciones realizadas de manera masiva por los entornos comunitario y educativo. En este sentido, esta distribución no es casual, sino que refleja condiciones estructurales específicas que incluyen densidad poblacional, acceso a servicios, condiciones de vivienda y dinámicas económicas particulares que favorecen la emergencia y perpetuación de ciclos de violencia al interior de los hogares. En ese sentido, resulta prioritario fortalecer mecanismos de atención descentralizada, como unidades móviles de intervención psicosocial, comisarías de familia itinerantes y redes comunitarias de prevención. Asimismo, es crucial fomentar procesos de sensibilización cultural en torno a los derechos en el entorno familiar, especialmente en territorios donde la violencia ha sido históricamente invisibilizada.

Para los tomadores de decisiones, esta lectura sugiere la necesidad de reubicar recursos humanos y técnicos hacia las UPZ más afectadas (verde claro), debido a que las acciones no responden a la concentración de los eventos, priorizando la creación de canales accesibles de denuncia, atención inmediata y acompañamiento jurídico y psicológico, con enfoque de género, territorial y diferencial.

### **Respuesta sector salud**

El programa "Más Bienestar" implementado por el sector salud en Ciudad Bolívar desarrolla acciones que impactan a todos los actores de la comunidad escolar, incluyendo docentes, padres de familia, adolescentes, niños y niñas, y personal administrativo. Este programa se enfoca en la prevención e identificación de diferentes tipos de violencia, socialización de rutas de atención y fortalecimiento de redes de apoyo distrital. La intervención en el entorno educativo permite abordar factores de riesgo desde edades tempranas, promoviendo el reconocimiento de situaciones de violencia y los mecanismos disponibles para su atención.

En el ámbito institucional, el sector salud desarrolla acciones individuales y colectivas orientadas a la prevención del maltrato infantil mediante el fortalecimiento de redes de apoyo, promoción de prácticas de crianza positiva y desarrollo de habilidades para el manejo de emociones en todos los cursos de vida. Estas intervenciones buscan mitigar conductas que afectan la salud mental de la población de Ciudad Bolívar, trabajando desde un enfoque preventivo que reconoce la multicausalidad de las violencias.

La distribución territorial de esta problemática muestra una concentración en los habitantes de estratos 1 y 2. Allí, las problemáticas sociales no se distribuyen de manera homogénea, sino que siguen patrones espaciales específicos que reflejan dinámicas socioeconómicas profundas. Las UPZ63 El Mochuelo y UPZ64 Monteblanco, ubicadas en el suroriente de la localidad, emergen como el epicentro de convergencia de la violencia intrafamiliar y la respuesta sectorial, presentando los niveles más altos debido a su baja densidad poblacional, las cuales hacen que incluso un número relativamente bajo de casos represente un ratio elevado. En éstas, las barreras geográficas son evidentes: se tratan de territorios periféricos, con baja conectividad vial, presencia de áreas rurales y condiciones de difícil acceso, lo que restringe la cobertura de servicios integrales en salud. Esta limitación espacial se articula con barreras sociales y culturales, como la naturalización de la violencia en el entorno familiar y la baja apropiación de las rutas institucionales de atención, lo cual reduce significativamente la demanda de servicios. Por otro lado, en la UPZ66 San Francisco, a pesar de que se cuenta con mayor presencia institucional, las dinámicas de hacinamiento y pobreza estructural en sectores como sus límites con la UPZ69 Jerusalén, y en barrios como Arborizadora Alta o Candelaria la Nueva pueden estar exacerbando la violencia doméstica, especialmente contra mujeres, niños y personas mayores.

A través de la estrategia "Interacción Integrada para la Desvinculación Progresiva de Niños, Niñas y Adolescentes del Trabajo Infantil" y el programa "Habilidades para la Vida", el sector salud aborda a los NNA y sus familias en temáticas relacionadas con comunicación asertiva, manejo de emociones y relaciones interpersonales (ver mapa 12). Estas intervenciones proporcionan herramientas concretas para la gestión adecuada de problemas y situaciones conflictivas en el entorno familiar y social. Complementariamente, se socializa información sobre las líneas de atención disponibles para casos que requieran intervención especializada o inmediata.

Desde la participación en instancias oficiales, el sector salud contribuye a la identificación de necesidades y riesgos territoriales en Ciudad Bolívar, realizando articulaciones y diálogos sectoriales para visibilizar las situaciones asociadas a las violencias. El talento humano de la Subred Sur cuenta con capacitación para reconocer la incidencia de las violencias en la población. Mediante articulaciones sectoriales y desde la delegatura de la Política de Mujeres, se mantiene una participación activa en jornadas, conmemoraciones y acciones afirmativas en el territorio con estrategias específicas como el Equipo de Escuchar para MÁS Bienestar en los Territorios-Mujeres y población LGBTI, fortaleciendo la respuesta institucional a las necesidades diferenciales de estos grupos poblacionales.

### ***Respuesta intersectorial***

En el entorno educativo de Ciudad Bolívar se evidencia un trabajo coordinado entre la Secretaría de Educación, Secretaría de Gobierno, alcaldías locales y centros educativos para la creación y aprovechamiento de espacios de capacitación en prevención de violencias y fortalecimiento de redes de apoyo. Esta articulación institucional permite ampliar el alcance de las intervenciones y optimizar los recursos disponibles para la atención de factores de riesgo en comunidades escolares.

En los entornos institucional y laboral se han establecido mecanismos funcionales para la activación de rutas y notificación de eventos de interés en salud pública, de acuerdo con los riesgos y alertas identificadas en territorio. Los casos detectados son notificados al sistema de vigilancia para su respectivo abordaje, mientras que los casos específicos de violencia contra mujeres son canalizados hacia la Secretaría de la Mujer, garantizando una atención especializada según las características de cada situación.

A nivel de políticas, la participación en instancias oficiales facilita la identificación de necesidades y riesgos territoriales, generando acciones orientadas al reconocimiento de las violencias, sus causas, consecuencias y formas de prevención o atención. El Consejo Red Buen Trato constituye un espacio central para el desarrollo de acciones intersectoriales, siendo la delegada de la Política Pública de Salud Mental parte integral de la secretaría técnica de esta instancia. Actualmente se proyecta un plan de acción enfocado en la prevención de violencias y promoción del buen trato, que incluye escuelas de capacitación dirigidas a servidores públicos de la localidad.

### ***Respuesta social/comunitaria***

La respuesta social en Ciudad Bolívar se manifiesta a través de iniciativas como el Consejo Local de Seguridad Ampliado, que sesionó en noviembre de 2024 como resultado de la movilización de mujeres en el marco de la Conmemoración del 25N, declarando el 2025 como el "Año de la No Violencia para Ciudad Bolívar". Esta declaración representa un compromiso comunitario e institucional con la transformación de los factores sociales y culturales que inciden en las dinámicas de violencia en la localidad.

En las instancias mixtas locales, las mujeres participantes contribuyen activamente a la socialización de información sobre violencias a través de sus colectivos u organizaciones, ampliando el alcance de las acciones preventivas. La localidad ha generado diversas iniciativas comunitarias orientadas a la prevención de la violencia intrafamiliar, con proyectos específicos enfocados en territorio y género, que han surgido desde organizaciones no gubernamentales, juntas de acción comunal y colectivos de mujeres, y han recibido apoyo institucional de entidades como la alcaldía local a través del fondo de desarrollo local, evidenciando un proceso de corresponsabilidad en la atención de esta problemática.

### ***Avances***

En Ciudad Bolívar se han implementado procesos de grupos de apoyo orientados al fortalecimiento de la orientación de identidad de género, con un enfoque que incluye no solamente a las personas LGBTI sino también a sus familias, ampliando el alcance de las intervenciones. Con las mujeres,

particularmente aquellas que habitan en zonas rurales de la localidad, se desarrollan acciones específicas en torno a la violencia intrafamiliar, con el objetivo de transformar la normalización cultural de estas prácticas. Estas intervenciones han permitido generar espacios de reflexión y construcción colectiva sobre las dinámicas familiares y los roles de género que inciden en las manifestaciones de violencia.

Los avances en el entorno educativo se reflejan en el reconocimiento por parte de los menores y la comunidad educativa de los diferentes tipos de violencias, así como de las estrategias para evitarlas y las rutas de atención psicosocial disponibles. En el componente de salud mental, se evidencia una creciente concientización sobre la problemática de violencia intrafamiliar y los mecanismos para romper su ciclo de reproducción. Esto representa un cambio significativo en la comprensión de la problemática, pasando de la naturalización a la identificación de factores de riesgo y factores protectores en los entornos cotidianos.

En el entorno institucional se destaca la existencia de políticas públicas específicamente orientadas a abordar la problemática de violencias en la localidad. En el ámbito laboral, se proporcionan herramientas prácticas aplicables a la vida diaria de las familias, contribuyendo a mejorar la gestión de dificultades y conflictos. El trabajo con padres y cuidadores se enfoca en visibilizar los cambios en las dinámicas sociales contemporáneas y la importancia de construir relaciones de confianza hacia los NNA para crear vínculos fuertes que faciliten la resolución de conflictos. Se ha logrado desarrollar habilidades que generan conciencia sobre patrones de crianza y sus efectos en las relaciones familiares, así como un alto porcentaje de desvinculación de NNA de entornos laborales, con seguimiento posterior a las intervenciones para garantizar la sostenibilidad de los resultados.

A nivel de políticas públicas, se generan acciones desde la intersectorialidad y el gobierno local en respuesta a las cifras de violencias y riesgo de su ocurrencia en Ciudad Bolívar. Estos esfuerzos se materializan en el establecimiento de acercamientos, diálogos y fortalecimientos institucionales, así como en la creación de espacios de escucha activa durante las acciones territoriales. Esta articulación ha permitido una comprensión más integral del fenómeno de las violencias y el diseño de respuestas contextualizadas a las realidades específicas de las diferentes UPZ (Unidades de Planeamiento Zonal) que componen la localidad.

### ***Limitaciones***

El acceso a ciertos territorios de Ciudad Bolívar se ve limitado por condiciones de seguridad, lo que restringe la presencia institucional y la cobertura de los programas de prevención e intervención. Esta situación se ve agravada por casos registrados de agresión al personal de la Subred que realiza trabajo de campo, lo que ha provocado renuncias de profesionales y reprocesos en las intervenciones iniciadas. Paralelamente, en el entorno educativo existe una limitación significativa relacionada con el tiempo reducido que disponen los padres de familia para participar en las jornadas de sensibilización, obstaculizando el trabajo con estos actores principales en la dinámica de la violencia intrafamiliar dirigida hacia los niños.

En el ámbito institucional, los factores conductuales, sociales, económicos, laborales y culturales continúan afectando a la población de la localidad, manteniendo los riesgos asociados a las

violencias a pesar de las intervenciones realizadas. En cuanto al entorno laboral, se identifica que el trabajo infantil ya constituye en sí mismo una forma de violencia intrafamiliar que afecta el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes. Esta situación se complejiza por la falta de oferta institucional para el uso adecuado del tiempo libre de los NNA, lo que limita la efectividad de las acciones de desvinculación laboral implementadas.

La capacidad institucional en términos de talento humano, operatividad y resolución no resulta suficiente para responder a las necesidades locales identificadas en Ciudad Bolívar; la demanda de servicios y atención supera considerablemente la oferta existente. En el ámbito específico de la salud, existe una limitación importante en la atención oportuna para la salud mental de la población general, considerando la estrecha relación entre los factores de salud mental y la manifestación de diferentes formas de violencia.

Persiste una baja tasa de denuncias de casos de violencia debido a factores como el miedo a represalias, la dependencia económica y emocional hacia los agresores, o la estigmatización social asociada a la percepción del "fracaso" familiar. La falta de confianza en las instituciones y en la efectividad de los procesos de atención desdibuja los esfuerzos realizados por el sector salud y otras entidades, invisibilizando algunos casos que no logran acceder a las rutas de atención establecidas. Esta situación es particularmente notable en contextos familiares con dinámicas disfuncionales donde se tiende a normalizar la violencia como mecanismo de relación interpersonal, dificultando su identificación y abordaje oportuno.

### ***CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA)***

El consumo problemático de sustancias psicoactivas en la localidad se configura en un marco de desigualdad socioeconómica, limitado acceso a educación y empleo, y capacidad institucional insuficiente para garantizar tratamientos efectivos. El acceso a servicios de tratamiento presenta obstáculos estructurales, entre ellos la escasez de centros de rehabilitación en la Subred, la dependencia de entidades tercerizadas que ofrecen tratamientos de corta duración y la ausencia de un enfoque integral e individualizado, situación que afecta particularmente a grupos vulnerables como habitantes de calle, adolescentes y jóvenes.

La dinámica familiar opera como factor determinante que puede constituir tanto un elemento protector como un factor de riesgo, mientras que la facilidad de acceso a sustancias lícitas e ilícitas y la concentración de expendios en las UPZ68 El Tesoro, UPZ70 Jerusalén y UPZ64 Monteblanco influyen directamente en los patrones de consumo. Esta situación incide en la salud física y mental de la población, generando una mayor demanda de servicios de atención especializada. Para el año 2024, la localidad registró 6.711 casos de consumo problemático de sustancias según datos de SALUDATA, evidenciando la magnitud de esta problemática en el territorio.

Los grupos poblacionales con mayor afectación incluyen adolescentes y jóvenes, con predominio en hombres, pero con un aumento progresivo en mujeres; niños, niñas y adolescentes trabajadores expuestos a entornos de riesgo; personas adultas en situaciones de pobreza o informalidad laboral; población migrante venezolana y colombiana con barreras de acceso a servicios básicos; y trabajadores informales en diversos cursos de vida.

Esta problemática se asocia principalmente a factores como redes de apoyo, reproducción social, organización comunitaria y condiciones socioeconómicas, ubicándose en el núcleo de "inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en la localidad". De manera complementaria, se vincula al núcleo de "inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud", manifestándose en aspectos como la continuidad de la atención y la suficiencia de profesionales de salud y equipamiento para dar respuesta integral a esta situación.

### ***Respuesta sector salud***

La localidad de Ciudad Bolívar cuenta con una serie de acciones implementadas desde el sector salud que buscan atender la situación de consumo de sustancias psicoactivas (SPA). En el entorno educativo, se han desarrollado procesos psicoeducativos tanto colectivos como individuales orientados a generar conciencia sobre los riesgos asociados al consumo. Estas intervenciones incluyen actividades interactivas, audiovisuales y dinámicas que tienen como objetivo fortalecer herramientas de afrontamiento, regulación y gestión emocional en la población estudiantil. Adicionalmente, se promueven espacios de reflexión sobre los efectos de las sustancias, la toma de decisiones conscientes, la resolución de conflictos y la estructuración del proyecto de vida.

Dentro del entorno institucional, las acciones se centran en la prevención y promoción de la salud mediante estrategias informativas y educativas sobre las afectaciones del consumo de SPA en diferentes grupos etarios. Un componente importante es la activación de rutas y la notificación de eventos de interés en salud pública según los riesgos identificados durante las intervenciones realizadas en este entorno, lo que permite una respuesta oportuna ante situaciones que requieran atención especializada.

En el entorno laboral, el sector salud ha implementado actividades educativas dirigidas a niños, niñas, adolescentes y sus familias para prevenir el consumo. Se realizan asesorías por parte de profesionales en psicología y trabajo social, orientadas al cuidado y prevención. Estas intervenciones abordan temas como la toma de decisiones, proporcionando herramientas prácticas para los NNA (niños, niñas y adolescentes), cuidadores y familiares, con el objetivo de fortalecer factores protectores frente al consumo de sustancias.

A nivel de políticas, se han implementado estrategias específicas de prevención y mitigación del consumo de SPA en la localidad. Estas incluyen jornadas de sensibilización y orientación en instituciones educativas y espacios comunitarios. Un componente central de estas políticas es la promoción de habilidades para la vida, enfocándose en aspectos como el manejo adecuado de emociones, la toma de decisiones responsables y la comunicación assertiva, elementos que contribuyen a disminuir factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la población de Ciudad Bolívar.

En cuanto a la concentración espacial de esta respuesta, se refleja una importante focalización de los equipos territoriales, y entornos cuidadores en zonas donde se ha identificado mayor riesgo, como sectores con población juvenil, presencia de entornos de consumo y desestructuración

comunitaria, particularmente en las UPZ66 San Francisco y la UPZ67 Lucero, en la cual se encuentra el centro de salud La Estrella, que cuenta con servicios especializados en Salud Mental.

La UPZ68 El Tesoro, por ejemplo, aparece con bajo ratio, a pesar de su densidad y del comportamiento del consumo de SPA. Esto sugiere que la estrategia territorial no está alcanzando proporcionalmente a esta población. Las barreras pueden estar asociadas a la oferta (ausencia de puntos de atención), sociales (baja apropiación, estigmatización), o culturales (resistencia de las familias o grupos de apoyo a vincularse a programas).

Este hallazgo es fundamental para la toma de decisiones: es necesario evaluar no solo dónde se concentra la respuesta, sino dónde debería estar, de acuerdo con las características demográficas y sociales del territorio. Los ratios deben complementarse con mapas de prevalencia y vulnerabilidad para evitar la asignación ineficiente de recursos.

### ***Respuesta Intersectorial***

En el entorno educativo de Ciudad Bolívar se evidencian acciones conjuntas de prevención y sensibilización entre el sector salud y las instituciones educativas, enfocadas en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Se realizan procesos de canalización y notificación hacia entidades garantes de derechos cuando se identifican casos que requieren atención especializada. El personal de las instituciones educativas participa en asistencias técnicas y capacitaciones orientadas a mejorar la identificación temprana y el manejo adecuado del consumo de SPA. Complementariamente, se lleva a cabo la difusión de la oferta de servicios intersectorial para facilitar el acceso a espacios de recreación, actividades deportivas, culturales y artísticas como factores protectores frente al consumo.

Desde el entorno institucional, la articulación intersectorial se manifiesta principalmente en la activación de rutas y notificación de eventos de interés en salud pública según los riesgos y alertas identificadas, lo que permite una respuesta coordinada entre las diferentes entidades con presencia en el territorio.

En el ámbito de las políticas, Ciudad Bolívar cuenta con una mesa local de estupefacientes que desarrolla un plan de acción anual enfocado en la prevención y mitigación del consumo. Se han implementado rutas integrales para la atención de población en riesgo, sustentadas en alianzas intersectoriales con entidades como la Subsecretaría Local de Integración Social, ICBF, IDIPRON, Policía Nacional, Dirección Local de Educación, Alcaldía Local y diversas organizaciones comunitarias. La localidad también dispone de un Comité Local de Juventud que cuenta con participación de delegados de la Política Pública de SPA de la Subred Sur. Adicionalmente, existe una articulación con Dispositivos Comunitarios para fortalecer los procesos de prevención, y se ha conformado una Mesa de Maternidades y Paternidades Tempranas que incluye jornadas específicas de prevención de consumo de SPA.

### ***Respuesta social***

En el entorno educativo, la respuesta comunitaria se caracteriza por la participación activa de docentes y comunidad educativa en los procesos de prevención y sensibilización frente al consumo de SPA. Se desarrollan acciones psicoeducativas que proporcionan herramientas para identificar conductas de riesgo y manejar situaciones relacionadas con el consumo, fortaleciendo así el tejido social protector alrededor de niños, niñas y adolescentes.

Desde el entorno institucional, la comunidad participa en la canalización de niños, niñas y adolescentes hacia la oferta intersectorial disponible, con el objetivo de fomentar un manejo adecuado del tiempo libre como factor protector frente al consumo de sustancias.

Las iniciativas comunitarias en Ciudad Bolívar incluyen formas de organización para la vigilancia de adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad. Se han creado espacios libres de drogas y mecanismos de acompañamiento familiar organizados por juntas de acción comunal, iglesias y centros comunitarios. Un elemento distintivo son los grupos juveniles que utilizan habilidades artísticas, deportivas y culturales como instrumentos de resistencia para la prevención del consumo, entre los que destacan colectivos de hip hop, danza urbana, escuelas deportivas y de teatro. La comunidad también ha desarrollado iniciativas colectivas que ofrecen alternativas ocupacionales y económicas, promoviendo el trabajo colaborativo como respuesta a las condiciones sociales que pueden favorecer el consumo de SPA.

### ***Avances***

En el entorno educativo de Ciudad Bolívar se registra una adherencia significativa a los procesos de psicoeducación y sensibilización de la comunidad educativa sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Los docentes y directivas cuentan actualmente con más información para la detección y tratamiento oportuno de casos relacionados con el consumo, lo que ha permitido generar intervenciones más tempranas. La respuesta intersectorial ha experimentado un fortalecimiento notable, especialmente en la articulación entre los sectores de salud y educación, generando acciones conjuntas y coordinadas frente a la problemática del consumo en la población escolar.

Se ha logrado una ampliación en la cobertura de los programas preventivos tanto en escuelas como en comunidades de la localidad, alcanzando a un mayor número de niños, niñas y adolescentes. La creación de espacios recreativos y deportivos ha contribuido a la promoción de hábitos saludables como alternativa al consumo. Un avance destacable es el funcionamiento de las Zonas de Orientación Escolar en el colegio San Francisco, que constituyen un modelo de intervención basado en la reducción de riesgos y daños asociados al consumo. Adicionalmente, se han desarrollado productos específicos enfocados en salud mental, como "Bienestar emocional" y "Bienestar mental es + Bienestar", que complementan las acciones preventivas frente al consumo de SPA.

En el entorno laboral, se evidencia una receptividad favorable por parte de padres, cuidadores y NNA (niños, niñas y adolescentes) hacia las intervenciones realizadas desde el Entorno Cuidador. Estas intervenciones han contribuido al desarrollo de habilidades para la toma de decisiones conscientes y responsables, fortaleciendo factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito familiar.

En el componente de políticas, se registra una mayor presencia de equipos psicosociales tanto gubernamentales como no gubernamentales en la localidad de Ciudad Bolívar. Esta presencia ha permitido ampliar la capacidad de respuesta institucional frente a la problemática del consumo, facilitando el acceso de la población a servicios de prevención, atención y seguimiento en casos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

### ***Limitaciones***

En el entorno comunitario de Ciudad Bolívar se identifican restricciones de acceso para la atención e intervención debido a condiciones de seguridad, especialmente en asentamientos y barrios de mayor complejidad social. Estas restricciones territoriales afectan la implementación de acciones preventivas y de atención. Adicionalmente, se observa un predominio de jornadas sobre procesos continuos, lo que resulta en un menor impacto de las actividades sectoriales cuando estas se realizan de manera aislada y sin articulación con otros procesos comunitarios.

El entorno educativo presenta limitaciones como la desinformación sobre las implicaciones del consumo, incluyendo aspectos relacionados con la elaboración, fabricación, distribución, riesgos y consecuencias de las sustancias psicoactivas. Se identifica una baja percepción del riesgo y normalización del uso y venta de dispositivos eléctricos (vaper), bebidas alcohólicas y cigarrillos entre la población estudiantil. Factores como la presión social, la falta de recursos y oportunidades para el uso adecuado del tiempo libre también inciden en el consumo. La carencia de redes de apoyo y habilidades socioemocionales impide que muchos jóvenes busquen ayuda por temor al rechazo o discriminación. Se presentan barreras socioculturales y económicas que dificultan la participación familiar en programas de prevención y rehabilitación. Existen problemas de priorización en instituciones educativas, como ocurre en el colegio San Francisco, donde se prioriza la sede de primaria sobre la de secundaria donde se concentran mayores problemáticas de consumo. Se identifica la necesidad de actualización del talento humano sobre dinámicas actuales de consumo, así como situaciones de inseguridad que enfrentan los profesores por el contexto de consumo y expendio cercano a los colegios.

En el entorno institucional, las limitaciones se centran en la escasez de instituciones de rehabilitación para población de escasos recursos, lo que restringe las posibilidades de atención especializada para personas en situación de consumo problemático. Los proyectos de corta duración limitan la cobertura poblacional y la sostenibilidad de las intervenciones. La insuficiencia de recursos asignados para la atención integral del consumo de SPA también constituye un factor limitante para la respuesta institucional en la localidad.

En el entorno laboral se evidencia falta de disponibilidad para atención psicológica oportuna en casos de inicio de consumo, así como complejidad para abordar el tema de SPA con niños y niñas, especialmente en determinados contextos socioeconómicos. En el ámbito de las políticas, se identifican programas de prevención basados en proyectos temporales sin garantías de continuidad a largo plazo, lo que afecta la consolidación y el impacto de las intervenciones. La insolvencia de recursos económicos genera un trabajo limitado de las organizaciones que intervienen en la prevención y atención del consumo de SPA en Ciudad Bolívar.

## **SALUD MATERNO-INFANTIL**

La salud materno-infantil en la localidad de Ciudad Bolívar se ve afectada por factores estructurales como la falta de acceso a recursos económicos, configurando un escenario de vulnerabilidad para personas en capacidad de gestar y niños, niñas y adolescentes. Estas vulnerabilidades se intensifican en grupos poblacionales específicos como migrantes, indígenas, afrodescendientes y mujeres pertenecientes a otras comunidades étnicas. Esta situación se manifiesta en dificultades para la apropiación de la educación materna, limitaciones en la continuidad de la lactancia humana y una carencia de apoyo social y redes de cuidado. Tales condiciones contribuyen al aumento de la mortalidad materna, mortalidad infantil, mortalidad en menores de 5 años y a la incidencia de enfermedades prevenibles como infecciones respiratorias agudas en la población infantil.

La problemática se concentra principalmente en las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) de Lucero, Ismael Perdomo y Jerusalén, donde el limitado acceso a servicios básicos y las condiciones de hacinamiento profundizan las desigualdades en salud materno-infantil. Esta situación se asocia principalmente a las categorías de género y etnicidad/raza, así como a población diferencial por situación o condición, ubicándose en el núcleo de "inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en la localidad que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población". De manera complementaria, se vincula al núcleo de "inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud", manifestándose en aspectos como la continuidad en la atención y la humanización e integralidad de los servicios.

Los grupos poblacionales con mayor afectación incluyen: niños y niñas menores de 5 años expuestos a desnutrición y enfermedades prevalentes de la infancia; población en edad escolar, especialmente niñas y adolescentes con riesgo de embarazos tempranos; mujeres gestantes y en periodo de lactancia con barreras para acceder a servicios de salud y educación materna; población migrante, principalmente de origen venezolano y en situación irregular; y población en todos los cursos de vida cuyos hogares están determinados por factores como bajos ingresos, desempleo o subempleo, bajo nivel educativo de cuidadores y precariedad habitacional.

Así pues, las condiciones estructurales de desigualdad presentes en la localidad —como pobreza, desempleo, informalidad laboral, hacinamiento y falta de acceso a servicios básicos— generan afectaciones diferenciadas en estos grupos, evidenciando la complejidad y multidimensionalidad de los determinantes sociales que inciden en la salud materno-infantil en el territorio.

### **Respuesta sector salud**

En el entorno educativo de Ciudad Bolívar, el sector salud ha implementado diversas acciones orientadas a la salud sexual y reproductiva. Se han desarrollado sesiones preventivas con población escolar bajo un enfoque de educación sexual integral, abordando temáticas como el goce y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, prevención de maternidad y paternidad temprana, y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Complementariamente, se realizan sesiones

formativas con docentes para dotarlos de herramientas que les permitan identificar riesgos en salud sexual y reproductiva y conocer las rutas de acción pertinentes. Un componente fundamental de estas acciones es la sensibilización sobre la función protectora de los establecimientos educativos para promover entornos libres de discriminación y violencia sexual y de género.

El sector salud desarrolla un acompañamiento específico a gestantes, lactantes y escolares con maternidad y paternidad temprana, promoviendo la salud integral durante la gestación, el posparto y la salud infantil. Estas intervenciones incluyen la promoción del acceso a servicios de salud, vacunación y lactancia materna. Adicionalmente, se abordan pautas de crianza y estrategias para asumir el rol de madre/padre sin abandonar los estudios, buscando mitigar el impacto de la maternidad y paternidad temprana en la continuidad educativa.

En el entorno institucional, el sector salud ha implementado acciones de prevención y promoción orientadas a prevenir eventos como mortalidad perinatal, infantil, de menores de 5 años, neumonía e infecciones respiratorias agudas (IRA). Un elemento clave de la respuesta institucional es la activación de rutas y notificación de eventos de interés en salud pública según los riesgos identificados durante las intervenciones con la población.

En este caso, los ratios altos en UPZ como UPZ64 Monteblanco, UPZ66 San Francisco y UPZ68 El Tesoro reflejan una mayor intensidad de acciones de los entornos cuidadores materno-infantiles en relación con la población de cada una, lo que es especialmente valioso en territorios de transición rurales o de difícil acceso, como el caso de la UPZ64 Monteblanco. En esta última, por ejemplo, esta alta concentración de respuesta es producto de estrategias extramurales que suplen la falta de infraestructura fija, y de acciones dirigidas a poblaciones priorizadas como gestantes adolescentes o comunidades campesinas.

La UPZ66 San Francisco también muestra una buena relación entre respuesta y población. No obstante, algunas UPZ urbanas con alta densidad como la UPZ69 Ismael Perdomo y la UPZ70 Jersualem presentan ratios medios y bajos, lo cual muestra que allí podría haber una brecha en la atención o una sobrecarga que impide una cobertura adecuada de las necesidades de madres gestantes y niños menores de cinco años.

Esto señala que la planeación no siempre está respondiendo proporcionalmente a la concentración de la población vulnerable. El análisis ratio permite detectar dónde se está invirtiendo más esfuerzo por habitante, pero también dónde se requieren ajustes estructurales para cerrar brechas invisibles, especialmente en zonas con alta demanda acumulada.

A nivel de políticas, el sector salud ha generado articulaciones con diversos actores institucionales. Se ha establecido coordinación con el Centro de Gerenciamiento de Residuos Doña Juana para programar actividades sobre derechos sexuales y reproductivos. El sector participa activamente en el Comité Local de Juventud donde difunde información sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y promoción de la lactancia materna. Durante jornadas conmemorativas, se realiza distribución de preservativos y socialización de derechos en salud sexual y reproductiva. El sector salud también tiene participación en la Mesa de Maternidades y Paternidades Tempranas donde presenta la atención para el cuidado preconcepcional y socialización del parto humanizado.

Adicionalmente, desarrolla trabajo en el Comité Operativo Local de Infancia y Adolescencia (COLIA) abordando temas de vacunación, prevención de riesgos e implementación de las 28 atenciones contempladas en la Ruta Integral de Atenciones a la Primera Infancia (RIAPI).

### ***Respuesta Intersectorial***

En el entorno educativo de Ciudad Bolívar, se ha establecido una interlocución entre el sector salud y el sector educativo, involucrando a orientadores, coordinadores y docentes para generar acciones articuladas y apoyar la construcción de políticas de salud sexual en instituciones educativas. Esta coordinación permite identificar casos que requieren atención especializada. Se han implementado canales de articulación con la Secretaría de Integración Social para proporcionar acompañamiento y apoyo nutricional a gestantes y niños menores de dos años. Ante la identificación de vulneración de derechos de menores, se realiza la notificación correspondiente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), activando las rutas de protección establecidas.

Las acciones intersectoriales incluyen la presentación de servicios e instituciones de apoyo para la gestación y maternidad, como las manzanas del cuidado. Adicionalmente, se realiza gestión de citas para escolarización de madres adolescentes y orientación para el acceso a seguridad social en salud, buscando garantizar la continuidad educativa y la atención sanitaria adecuada.

En el entorno institucional, se han implementado estrategias de vacunación y captación de gestantes sin controles prenatales en articulación con entidades como ICBF, la Subdirección Local de Integración Social (SLIS), World Vision y el Programa Creciendo Juntos. Esta articulación permite ampliar la cobertura de servicios preventivos y asistenciales para población gestante y primera infancia en la localidad.

### ***Respuesta social***

En cuanto a la respuesta social, no se han identificado programas específicos generados por la comunidad para abordar la salud materna e infantil en Ciudad Bolívar. Sin embargo, existen indicios de la presencia de organizaciones juveniles que crean escenarios para el desarrollo de una juventud segura y la expresión de la sexualidad y diversidad, aunque estas iniciativas no están formalmente documentadas como respuestas estructuradas a la problemática de la salud sexual y reproductiva.

### ***Avances***

La localidad de Ciudad Bolívar ha logrado la conformación del producto de Gestantes y Lactantes con profesionales dedicados, incluyendo trabajadoras sociales y enfermeras que realizan seguimiento telefónico y presencial a escolares en situación de maternidad o paternidad temprana. Este equipo especializado permite un acompañamiento más cercano y continuado a los casos identificados, facilitando la articulación con servicios complementarios. Se ha alcanzado un fortalecimiento de capacidades en lactancia y alimentación saludable en jardines infantiles, promoviendo prácticas adecuadas desde la primera infancia que contribuyen a la salud materno-infantil. Adicionalmente, se evidencia el desarrollo de acciones institucionales y comunitarias para el abordaje de la problemática, lo que refleja un reconocimiento de la necesidad de intervenciones a múltiples niveles.

### **Limitaciones**

En el territorio se identifica negatividad o resistencia de usuarios y sus familias frente a las intervenciones propuestas por las instituciones, lo que dificulta la implementación efectiva de las acciones. La respuesta intersectorial muestra deficiencias en su efectividad, con mecanismos de articulación que no logran la integralidad necesaria. Las familias manifiestan prevención para aceptar abordajes relacionados con salud sexual y reproductiva, limitando el alcance de las intervenciones preventivas.

Las barreras de acceso a servicios de salud se constituyen en una limitación fundamental, incluyendo seguimiento deficiente o inexistente, dificultades en el agendamiento de citas, negación de servicios, falta de asignación de especialistas o exámenes, demoras en portabilidades, desplazamientos excesivos para acceder a servicios y tratos discriminatorios hacia adolescentes por su edad, etnia o género. Estas barreras obstaculizan la atención oportuna y adecuada a gestantes y menores de edad. La presión social y familiar influye en la maternidad obligada, reduciendo las posibilidades de decisión autónoma de las adolescentes. Existe un desconocimiento generalizado de la normativa sobre interrupción voluntaria del embarazo, limitando el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.

Se identifican deficiencias en el trabajo sobre proyecto de vida, donde la maternidad temprana se considera "no esperada pero beneficiosa", sin analizar sus implicaciones a largo plazo. Las familias cuentan con escasas herramientas para el cuidado de la primera infancia, lo que afecta el desarrollo integral de los niños y niñas. En las instituciones educativas se observa falta de acompañamiento para la continuidad en la escolaridad, el mantenimiento de la lactancia materna y el fortalecimiento del vínculo con los bebés. La nula oferta de servicios por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) en la localidad y la insuficiente oferta de acceso a servicios sociales en el territorio completan el panorama de limitaciones que afectan la respuesta a la problemática.

Esta situación se inscribe principalmente en el núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población. Adicionalmente, se relaciona con el núcleo de inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud, evidenciando la multidimensionalidad de los factores que inciden en la salud materno-infantil en Ciudad Bolívar.

### **BARRERAS DE ACCESO**

Ciudad Bolívar presenta una problemática de barreras de acceso a servicios de salud, caracterizada por factores estructurales que limitan la atención para sus habitantes, relacionadas con las características físicas del territorio, y reflejo en la calidad de las vías de acceso en pendientes bajas o en pendientes pronunciadas, la dispersión de la vivienda y la limitada oferta de transporte (en cuanto a rutas y su frecuencia). La infraestructura de transporte público en zonas alejadas resulta insuficiente, particularmente en zonas periféricas como la transición entre la UPZ67 Lucero, en las zonas más altas, y la UPR3, así como en la UPZ68 El Tesoro y el sur de la localidad, mientras que los procesos burocráticos dentro del sistema de salud y la limitada implementación de tecnologías para la gestión de citas obstaculizan el acceso a controles médicos y tratamientos.

La situación se manifiesta en indicadores como una tasa de mortalidad de 157.4 en la población de 30 a 70 años, superando la meta distrital establecida en 125. Esta problemática se asocia principalmente con la oferta de prestadores y servicios en salud, así como con deficiencias en la planeación urbana y los mecanismos de gestión del suelo, ubicándose en el núcleo de "inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud". Existe una conexión con insuficientes capacidades para responder ante alertas sanitarias, emergencias y enfermedades, en aspectos de prevención, infraestructura tecnológica y coordinación interinstitucional.

Los sectores más afectados incluyen personas adultas y mayores con enfermedades crónicas no atendidas oportunamente, trabajadores informales que carecen de afiliación al sistema y entornos laborales seguros, y población migrante que enfrenta barreras administrativas y geográficas. Esta situación compromete la detección temprana de enfermedades y genera impactos según condiciones socioeconómicas y territoriales. La distribución de recursos sanitarios y las limitaciones en el acceso preventivo reducen las posibilidades de intervenciones tempranas, generando complicaciones de salud y aumentando la dependencia económica y psicoafectiva de los pacientes.

### **Respuesta Sector salud**

En el análisis de la respuesta sectorial de salud en Ciudad Bolívar, se evidencia una estructura de intervención organizada en tres ejes principales: entorno institucional, entorno laboral y políticas específicas. En el ámbito institucional, el sector salud ha implementado acciones de prevención y promoción a través de diversos entornos y procesos transversales, complementados con la activación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud para los casos que presentan factores de riesgo que requieren canalización especializada.

En cuanto al entorno laboral, las acciones se han centrado en la población trabajadora informal mediante estrategias de orientación en prácticas protectoras específicamente diseñadas para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Esta labor incluye la aplicación sistemática de tamizajes en salud como OMS, EPCOC y Findrisk, herramientas que permiten la identificación oportuna de factores de riesgo. Adicionalmente, se han desarrollado actividades de información, educación y comunicación enfocadas en temas cruciales como alimentación saludable, actividad física regular y la reducción del consumo de bebidas azucaradas y sal. Estas intervenciones se complementan con asesorías del personal de enfermería que incluyen la toma de medidas antropométricas, control de tensión arterial y glucometría según cada caso particular.

El componente de políticas implementadas por el sector salud en la localidad comprende la organización de jornadas y ferias de servicios específicamente orientadas al abordaje de enfermedades crónicas. Una característica notable de estas intervenciones es la movilización de acciones hacia zonas alejadas de la localidad, estrategia que busca reducir las barreras geográficas que dificultan el acceso a servicios de salud para determinados grupos poblacionales.

La respuesta sectorial también ha incorporado mecanismos para facilitar el acceso efectivo a los servicios de salud, incluyendo canalizaciones específicas cuando se identifican barreras de acceso, agendamiento directo de citas médicas para usuarios afiliados a la subred, y generación de canalizaciones apropiadas para usuarios pertenecientes a otras Entidades Administradoras de Planes

de Beneficios (EAPB). Este conjunto de acciones constituye la respuesta estructurada del sector salud frente a las condiciones de vida observadas en Ciudad Bolívar, con énfasis en la prevención y manejo de enfermedades cardiovasculares y crónicas en general.

### ***Respuesta Intersectorial***

En el análisis de la respuesta intersectorial en Ciudad Bolívar, se identifica en el entorno institucional el establecimiento de convenios formales entre diferentes sectores para el abordaje conjunto de la población en temas de salud. Estos acuerdos interinstitucionales constituyen un mecanismo estructurado para la articulación de esfuerzos entre el sector salud y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales.

En el componente de políticas, la respuesta intersectorial se caracteriza por la movilización activa de diversos temas en instancias mixtas y comunitarias, donde se abordan cuestiones fundamentales como el aseguramiento en salud, la identificación y eliminación de barreras de acceso, y la prevención de enfermedades crónicas. Este proceso de articulación se materializa en espacios de participación donde confluyen actores institucionales y representantes de la comunidad. Adicionalmente, se ha avanzado en la concertación de acciones específicas adaptadas a las particularidades de los sectores rurales de la localidad, reconociendo las condiciones diferenciadas y necesidades propias de esta población.

### ***Respuesta Social***

En cuanto a la respuesta social y comunitaria frente a la problemática analizada en Ciudad Bolívar, el diagnóstico actual no registra iniciativas comunitarias particulares que se enfoquen específicamente en esta problemática en la localidad. La ausencia de acciones comunitarias autónomas identificadas constituye un elemento significativo dentro del análisis integral de la respuesta a las condiciones de vida y salud en el territorio.

Esta información documenta el estado actual de la articulación entre sectores y la participación comunitaria en torno a las condiciones de salud analizadas, presentando los elementos objetivos que caracterizan la situación sin emitir valoraciones cualitativas sobre su alcance o efectividad.

### ***Avances***

En el entorno comunitario de Ciudad Bolívar, se registra como avance el establecimiento de algunos grupos de apoyo específicamente orientados a personas con condiciones crónicas. Estos espacios constituyen un mecanismo de soporte social para individuos que comparten necesidades similares en relación con el manejo de sus condiciones de salud, facilitando el intercambio de experiencias y estrategias de autocuidado.

En el entorno laboral, se observan múltiples avances relacionados con la población trabajadora informal. Se ha logrado la generación de hábitos de atención en salud entre trabajadores informales que previamente no accedían a servicios médicos, lo que representa un cambio significativo en los patrones de uso de servicios preventivos. Las asesorías en salud implementadas han tenido una buena acogida por parte de esta población trabajadora, evidenciando receptividad hacia las

intervenciones sanitarias. Un indicador relevante es el inicio de procesos de atención en salud para personas que llevaban años sin establecer contacto con el sistema de salud, lo que permite la identificación y manejo oportuno de condiciones existentes.

En el ámbito de las políticas, se identifica como avance la movilización efectiva de temas centrales como el aseguramiento en salud, la identificación y abordaje de barreras de acceso, y las estrategias de prevención de enfermedades crónicas. Esta movilización ha logrado posicionar estos temas en la agenda pública local, favoreciendo la articulación de respuestas institucionales y comunitarias orientadas a mejorar las condiciones de salud de la población en el territorio.

### ***Limitaciones***

En el entorno comunitario de Ciudad Bolívar se identifican múltiples limitaciones que afectan la efectividad de las intervenciones en salud. El contacto y seguimiento con personas mayores se ve obstaculizado por la ausencia de teléfonos celulares en esta población, creando vacíos en la continuidad de la atención. Se observan barreras emocionales y psicológicas asociadas a las condiciones crónicas que interfieren con la adherencia a los procesos de atención. Adicionalmente, existen barreras estructurales cuando las personas, a pesar de ser canalizadas adecuadamente, no reciben atención apropiada desde el componente asistencial, lo que genera interrupciones en el flujo de atención.

La falta de adherencia al tratamiento en la población adulta mayor se asocia con problemas en la entrega oportuna de medicamentos. Las condiciones geográficas de la localidad representan una limitación significativa, especialmente para residentes de las zonas altas que deben tomar entre dos y tres buses para acceder a una cita médica. El componente de seguridad constituye otra restricción importante, pues existen territorios con dinámicas complejas de control o microtráfico que dificultan el ingreso de personal de salud. La población habitante de calle presenta desafíos particulares para su efectiva canalización debido a la ausencia de contacto telefónico o residencia fija.

En el entorno laboral, se identifica escasez de citas médicas de control con médicos internistas, lo que afecta el seguimiento adecuado de condiciones crónicas. Los trabajadores informales enfrentan una disyuntiva económica al tener que elegir entre asistir a citas médicas o mantener sus ingresos diarios, debido al tiempo requerido para desplazamientos. La situación de soledad de muchas personas mayores en la localidad limita su capacidad para gestionar adecuadamente su salud. La falta de recursos económicos para transporte hacia los centros de atención y el desabastecimiento de medicamentos en los puntos de entrega constituyen obstáculos adicionales para la continuidad del tratamiento.

Se registra inasistencia a citas agendadas debido a la pérdida de día laboral o falta de permisos en lugares de trabajo, lo que afecta la efectividad de las intervenciones programadas. Una limitación institucional significativa es la insuficiencia de recurso humano especializado, particularmente internistas y personal de enfermería para seguimiento, que actualmente solo puede realizar una intervención por usuario, restringiendo la cobertura y continuidad de la atención.

En el ámbito de políticas, persisten barreras de acceso caracterizadas por la falta de transporte público en zonas alejadas, deficiencias en vías de acceso que dificultan la movilidad dentro del territorio, e insuficiente descentralización de servicios de salud, lo que concentra la oferta en puntos específicos y reduce la accesibilidad para población residente en áreas periféricas de la localidad.

### ***Salud alimentaria y nutricional***

La inseguridad alimentaria en Ciudad Bolívar se manifiesta como un fenómeno estructural vinculado a la distribución inequitativa de recursos y oportunidades, no limitándose únicamente a la escasez de alimentos. Los factores socioeconómicos y ambientales presentes en la localidad incrementan la vulnerabilidad de la población frente a esta problemática, manifestándose tanto en casos de desnutrición como en situaciones de sobrepeso y obesidad. Estas alteraciones nutricionales afectan particularmente a los extremos del ciclo vital: niños, niñas y adolescentes, por un lado, y adultos mayores por otro, siendo los indicadores priorizados la malnutrición en población de 5 a 17 años, el retraso en talla en menores de 2 años, y la proporción de lactancia materna en menores de 6 meses.

Las condiciones de alimentación inadecuada impactan el desarrollo físico, cognitivo y emocional de la población infantil y adolescente, con efectos que se extienden a su futuro bienestar. Simultáneamente, se identifica un aumento en comportamientos sedentarios y hábitos de vida que incrementan la prevalencia de obesidad y sobrepeso, pues según la Encuesta de Situación Alimentaria y Nutricional (ENSIN) 2015, cinco de cada diez personas presentan estas condiciones. La exposición prolongada a pantallas, los ambientes obesogénicos y el incremento en el consumo de productos ultra procesados han modificado los patrones alimentarios de la población local en los últimos años.

Esta problemática se ubica principalmente en el núcleo de "inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud", asociándose a condiciones socioeconómicas y factores socioculturales de autocuidado. Adicionalmente, se relaciona con la "debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial", específicamente en la planificación y ejecución articulada de políticas y programas entre los diferentes niveles de gobierno, así como en los espacios y mecanismos de participación. La situación afecta transversalmente a todos los cursos de vida, incluyendo grupos en condición de vulnerabilidad como personas desplazadas, migrantes y víctimas del conflicto armado, requiriendo abordajes integrales desde diferentes sectores para transformar las condiciones alimentarias y nutricionales del territorio.

### ***Acciones implementadas desde el sector salud***

En el entorno educativo de Ciudad Bolívar, el sector salud ha implementado un conjunto de actividades psicopedagógicas en instituciones educativas orientadas a incentivar el consumo de alimentos seguros y saludables. Estas intervenciones desarrollan estrategias específicas para el consumo de agua segura, calidad alimentaria y desinfección adecuada de alimentos como medidas preventivas contra enfermedades diarreicas agudas (EDA). Como complemento a estas acciones, se han implementado proyectos de huertas escolares que incorporan la participación de padres de

familia, buscando extender estas iniciativas hacia los hogares de la población en situación de mayor vulnerabilidad, promoviendo así prácticas de autoabastecimiento y seguridad alimentaria.

En el entorno institucional, las acciones se articulan a través de diferentes procesos transversales que abordan temáticas y acciones de prevención y promoción de la salud. Estas intervenciones se enfocan específicamente en la promoción de estilos de vida saludable, con el objetivo de disminuir eventos relacionados con la desnutrición, exceso de peso, bajo peso al nacer y riesgos de desnutrición que afectan a los distintos cursos de vida. Este abordaje integral busca impactar los determinantes de la condición nutricional de la población en las diferentes etapas de desarrollo.

En el entorno laboral, las intervenciones del sector salud se caracterizan por la realización de acciones educativas orientadas a sensibilizar sobre la importancia de mejorar las condiciones de salud relacionadas con la alimentación saludable. Estas acciones buscan incidir en los hábitos alimentarios de la población trabajadora, reconociendo su impacto en la productividad y calidad de vida.

Aquí, los ratios indican la intensidad de las acciones orientadas a mejorar la seguridad alimentaria en relación con la población afectada. Las UPZ con mayores ratios, como la UPZ64 Monteblanco, UPZ66 San Francisco y UPZ68 El Tesoro—reflejan una presencia institucional más fuerte, lo cual es positivo, sobre todo si esas zonas han sido priorizadas por su alta inseguridad alimentaria, debido a las acciones representadas con mayor peso por los entornos comunitario y educativo, debido a la cantidad de población que pueden abordar por cada sesión.

No obstante, se evidencia una posible desigualdad en la respuesta: la UPZ67, por ejemplo, presenta un ratio medio, pese a ser una zona con múltiples factores de vulnerabilidad. Esto sugiere que las acciones pueden estar siendo distribuidos de forma desbalanceada, posiblemente por dificultades logísticas como las condiciones de accesibilidad, seguridad en terreno, estado de las vías o bajo reconocimiento por parte de la población.

En el componente de políticas, se están adelantando iniciativas específicas orientadas a la promoción de la lactancia materna y a la inmunización como estrategias que contribuyen a la protección y prevención de enfermedades. Estas acciones se consideran fundamentales para garantizar el acceso a una nutrición adecuada desde las primeras etapas de vida, promoviendo el desarrollo integral de los individuos, con énfasis en niños y niñas, y reduciendo los riesgos asociados a la malnutrición. El enfoque preventivo de estas políticas busca establecer las bases para condiciones nutricionales adecuadas desde los primeros años de vida, con impacto en las trayectorias de salud a largo plazo.

### **Acciones intersectoriales**

En el entorno educativo de Ciudad Bolívar, la respuesta intersectorial se materializa a través de visitas realizadas desde salud pública a hogares y establecimientos donde se adquieren alimentos. Estas intervenciones tienen como objetivo identificar personas con enfermedades crónicas no transmisibles, riesgo de bajo peso, desnutrición y verificar el acceso al agua potable en estos

espacios. Este abordaje territorial permite una caracterización directa de las condiciones alimentarias y nutricionales en los entornos cotidianos de la población.

En el entorno institucional, se destaca la articulación de acciones sectoriales e interinstitucionales orientadas al fortalecimiento de hábitos saludables en el territorio de la localidad. Esta coordinación entre diferentes entidades busca generar intervenciones complementarias que potencien el impacto de las acciones individuales de cada sector involucrado en la respuesta.

En el entorno laboral, las acciones intersectoriales se concretan mediante la realización de canalizaciones según la oferta institucional disponible identificada en el portafolio de servicios del equipo de canalizaciones. Este mecanismo facilita la conexión entre las necesidades identificadas en la población trabajadora y los servicios institucionales que pueden dar respuesta a dichas necesidades.

En el componente de políticas, se han establecido articulaciones intersectoriales con diversos actores estratégicos que incluyen a los operadores del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), las instancias de participación comunitaria y los líderes locales. Estas alianzas permiten coordinar esfuerzos y optimizar la utilización de recursos disponibles para abordar de manera integral las necesidades específicas de la población de Ciudad Bolívar.

### ***Respuesta social y comunitaria***

En el entorno educativo, la respuesta comunitaria se evidencia a través de la generación de mercados campesinos como iniciativa que promueve economías locales facilitadoras del acceso a alimentos seguros y variados, con un impacto directo en la mejora de la seguridad alimentaria de la población. Estas iniciativas representan mecanismos de organización social orientados a resolver necesidades colectivas.

En el entorno institucional, se identifica la implementación de huertas comunitarias como estrategia de base social para la promoción de la salud alimentaria. Estas iniciativas constituyen espacios de participación y organización comunitaria en torno a la producción de alimentos y la promoción de prácticas alimentarias saludables.

En el ámbito de políticas, la respuesta comunitaria se ha organizado a través de la formación de grupos de apoyo en lactancia materna. Estos grupos brindan orientación y acompañamiento a las madres sobre los beneficios de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su impacto positivo en la salud infantil. Este tipo de iniciativas representa formas de organización social en torno a necesidades específicas, generando redes de apoyo que complementan las acciones institucionales.

### ***Avances***

En el entorno comunitario de Ciudad Bolívar, se registra un avance significativo en el abordaje de la seguridad alimentaria desde una perspectiva integral que incorpora el vínculo social y aspectos de salud mental. Las huertas comunitarias han evolucionado para funcionar como espacios multidimensionales de integración comunitaria, desde los cuales se abordan simultáneamente

diversas problemáticas. Este enfoque integrador permite que una misma intervención genere impactos en múltiples determinantes de la salud, optimizando recursos y fortaleciendo el tejido social en torno a prácticas alimentarias saludables.

En el entorno institucional, el avance se concreta en el desarrollo de políticas públicas específicamente orientadas a mejorar la situación de salud alimentaria. Estas políticas constituyen un marco normativo que orienta y sustenta las intervenciones territoriales, generando condiciones institucionales favorables para la sostenibilidad de las acciones implementadas en los diferentes entornos.

En el entorno laboral, los avances se evidencian en la implementación de procesos sistemáticos de caracterización mediante interacciones integradas, que incluyen la entrega de formatos de evaluación de las condiciones de salud de trabajadores, niños, niñas y adolescentes. Este mecanismo permite la generación de compromisos concretos y facilita el seguimiento durante las asesorías posteriores. Adicionalmente, se cuenta con programas específicos como "Ruralidad cercana", orientado a ofrecer atención a mujeres para la prevención de la violencia de género, reconociendo la interrelación entre diferentes determinantes sociales que afectan la salud integral de la población.

En el componente de políticas, se ha logrado fortalecer la articulación intersectorial, lo que ha ampliado la capacidad de captación de personas interesadas en temas de alimentación saludable y hábitos de vida saludables. Esta colaboración entre diferentes sectores ha favorecido la creación y consolidación de espacios de sensibilización y educación, alcanzando mayor participación comunitaria en iniciativas de promoción de prácticas nutricionales adecuadas y estilos de vida positivos. Entre las iniciativas específicas que evidencian estos avances se incluyen proyectos como loncheras saludables, que promueven hábitos alimentarios adecuados desde la edad escolar.

### ***Limitaciones***

En el entorno comunitario de Ciudad Bolívar, se identifica una limitación en el desarrollo de huertas urbanas asociada a la insuficiencia de insumos por parte del sector para fortalecer esta iniciativa. Esta restricción afecta el potencial de las huertas como estrategia para sensibilizar sobre alimentación saludable y seguridad alimentaria, reduciendo su alcance como mecanismo de intervención comunitaria y su capacidad para generar cambios sostenibles en las prácticas alimentarias de la población.

En el entorno educativo, se observa que algunas instituciones educativas, al tomar conocimiento de la problemática de sus estudiantes, no desarrollan estrategias propias para mejorar estas condiciones, sino que transfieren la responsabilidad a otras entidades públicas. Esta dinámica incide en que los niños, niñas y adolescentes no presten la atención necesaria a los temas relacionados con alimentación saludable y no transmitan información adecuada a sus hogares, lo que contribuye al incremento de la inseguridad alimentaria. Complementariamente, se registra una baja participación de los padres de familia en las actividades relacionadas con calidad alimentaria, inocuidad, desnutrición y obesidad que se ofrecen desde salud pública, lo que limita el impacto de estas intervenciones en el entorno familiar.

En el entorno institucional, a pesar de los avances logrados en la formulación e implementación de políticas públicas, persisten factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales y culturales que continúan afectando a la población de la localidad. Estos factores mantienen vigentes los riesgos de desnutrición en los diferentes cursos de vida, evidenciando la complejidad multifactorial de la problemática y la necesidad de intervenciones que aborden de manera integral los diversos determinantes que inciden en la condición nutricional de la población.

En el entorno laboral, existe una limitada oferta a nivel intersectorial que restringe el acceso a bonos alimentarios o comedores comunitarios para las personas que no cuentan con ingresos económicos suficientes. Esta limitación en los mecanismos de apoyo alimentario afecta la capacidad de respuesta institucional frente a situaciones de inseguridad alimentaria aguda en población vulnerable.

En el componente de políticas, se evidencia escasez de oferta institucional, particularmente en la zona rural de la localidad, junto con una falta de consolidación de los actores del Sistema de Abastecimiento y Distribución de Alimentos (SADA). Se observa ausencia de plazas de mercado normadas, lo que limita el circuito corto de comercialización para los productores rurales, restringiendo sus posibilidades de participación en el mercado local. Adicionalmente, se identifica insuficiencia de cupos en servicios sociales para la comunidad, lo que reduce las alternativas de acceso a programas de apoyo alimentario y nutricional para la población en situación de vulnerabilidad.

#### **4.2 Reflexiones finales:**

El análisis de las respuestas frente a las problemáticas socioambientales y de salud en Ciudad Bolívar muestra un escenario marcado por avances significativos, pero también por desafíos estructurales que demandan acciones integrales y sostenibles. La articulación intersectorial y la participación comunitaria emergen como pilares fundamentales para abordar las complejidades del territorio, aunque persisten limitaciones vinculadas a inequidades históricas, recursos insuficientes y fragmentación institucional.

Se evidenció un progreso notable en la coordinación entre entidades como la Subred Sur, UAEPS, Secretaría de Ambiente y organizaciones comunitarias, particularmente en salud ambiental y prevención de violencias. Iniciativas como las Mesas de Salud Ambiental, el Consejo Red Buen Trato y los PROCEDAS demostraron eficacia al integrar acciones en educación, gestión de residuos y control de vectores. No obstante, la debilidad en la gobernanza transectorial limita la sostenibilidad de las intervenciones, especialmente en zonas de difícil acceso o con presencia de economías informales. La falta de continuidad en proyectos y la escasa asignación presupuestal reflejan la necesidad de fortalecer marcos normativos y mecanismos de evaluación permanentes.

La comunidad de Ciudad Bolívar ha desempeñado un rol activo mediante iniciativas como huertas urbanas, colectivos artísticos anti-SPA y grupos de apoyo en lactancia materna. Programas como "Formando lazos para un territorio sostenible" y el Consejo Local de Seguridad Ampliado destacan por su capacidad para transformar prácticas cotidianas y generar corresponsabilidad. Sin embargo, la participación es desigual: mientras algunos sectores logran alta adherencia (ej. entorno

educativo), otros, como zonas rurales o barrios con inseguridad, enfrentan desconfianza hacia las instituciones y baja movilización, perpetuando ciclos de exclusión.

Las problemáticas analizadas (contaminación, violencia, malnutrición) están intrínsecamente ligadas a factores como pobreza, informalidad laboral y segregación territorial. Por ejemplo, el 72% de los casos de violencia intrafamiliar se concentra en estratos 1-2, mientras que la desnutrición infantil afecta principalmente a familias migrantes y habitantes de UPZ periféricas. Aunque se han desarrollado herramientas para mitigar estos efectos (tamizajes EPCOC, rutas de IVE, proyectos de agricultura urbana), su impacto se ve limitado por la precariedad habitacional, la falta de transporte y la estigmatización cultural, lo que exige políticas redistributivas y de inversión social más audaces.

Sin embargo, aunque hay esfuerzos significativos en zonas periféricas como la UPZ63 y UPZ64, persisten brechas críticas en UPZ urbanas densas como las UPZ69, UPZ70, donde la alta concentración de necesidades en salud no se ve correspondida por una respuesta adecuada.

## **CAPÍTULO V. CAPÍTULO V PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.**

### **5.1 Introducción al proceso de priorización**

El equipo ASIS ha encontrado la necesidad de articular los indicadores en salud y socioeconómicos analizados en los capítulos anteriores con los núcleos de inequidad, la perspectiva de los determinantes sociales de la salud -de la cual se ha hablado a lo largo de este documento- y con las realidades que se viven en los territorios. La priorización de los problemas y necesidades sociales en salud de la localidad de Ciudad Bolívar constituye la culminación de un proceso analítico y participativo que articula los hallazgos expuestos anteriormente, respondiendo a la necesidad de establecer un orden de intervención basado tanto en la evidencia técnica como en la percepción y experiencia comunitaria.

En ese sentido, se realizó una identificación de las problemáticas que requieren mayor atención en cada localidad a partir de diversas fuentes: asistencias técnicas recibidas de la Secretaría Distrital de Salud, bases de datos de VEBG -donde se sistematiza la notificación de las problemáticas colectivas percibidas por las comunidades- y Talleres de Participación Social Transformadora. Las problemáticas se fueron construyendo y transformando progresivamente mediante espacios de asistencia técnica, participación y armonización con líderes de APS, así como espacios de políticas, reconociendo que la complejidad de los determinantes sociales de la salud requiere un abordaje integral y contextualizado a las realidades territoriales.

El planteamiento de las problemáticas se fundamentó en la metodología establecida por la Secretaría Distrital de Salud, a través de diversas asistencias técnicas a las que asistió el equipo. Donde, se definió estructurar las problemáticas de la siguiente manera:

Identificar los determinantes sociales de la salud a los que corresponden y de esta manera realizar una introducción en la que se logre demostrar de qué manera estas situaciones corresponden a un nivel estructural.

Identificar los factores intermedios a los cuales se articula la dimensión estructural. En este sentido, se entiende que el determinante se manifiesta en situaciones que no solamente afectan a la salud de la población, sino que hacen parte de dinámicas relacionadas como la educación, el trabajo, el género, entre otros.

Identificar los desenlaces en salud a los cuales se articulan esos determinantes estructurales y factores intermedios.

De esta manera, se reconoce que los desenlaces en salud no responden a una simple relación causal con los determinantes estructurales e intermedios, sino que surgen de interacciones sociales complejas. Al abordar las problemáticas desde estos determinantes y promover la articulación intersectorial y transectorial del sector salud, se logra una intervención más efectiva sobre los diversos ámbitos sociales que configuran los modos, condiciones y estilos de vida de personas, familias y comunidades, permitiendo que los indicadores en salud mejoren.

Asimismo, para la construcción de este capítulo se emplearon diversas fuentes de información, tanto cuantitativas como cualitativas. Por un lado, se consideraron los indicadores demográficos, socioeconómicos y de salud analizados en capítulos previos, que ofrecieron un panorama de las problemáticas. Por otro lado, se incorporó la voz de la comunidad a través de dos estrategias fundamentales: VEBC y los Talleres de Participación Social Transformadora.

En primer lugar, las bases de datos de VEBC son herramientas que recopilan, analizan y comparten información sobre la salud de las comunidades, utilizando la participación de los propios miembros de la comunidad para identificar y reportar eventos de interés en salud pública. Se trata de una estrategia progresiva de desarrollo de capacidades, para que agentes comunitarios identifiquen y gestionen potenciales situaciones de interés en salud pública en los territorios.

El funcionamiento de estas bases de datos se puede resumir en los siguientes puntos:

**Identificación temprana de problemas de salud:** la VEBC permite a los agentes comunitarios detectar señales tempranas de eventos de interés en salud pública, como enfermedades transmisibles, problemas de salud mental, o factores de riesgo que puedan afectar la salud de la comunidad.

**Participación comunitaria:** los agentes comunitarios, entrenados y reconocidos por la comunidad, son los principales responsables de la recolección de información, a través de la observación, el diálogo con los vecinos y la identificación de situaciones de riesgo.

**Reporte y notificación:** los agentes comunitarios reportan la información a los sistemas de vigilancia en salud pública, que la analizan y validan.

**Análisis y respuesta:** la información recopilada se analiza para identificar patrones, tendencias y problemas de salud emergentes. A partir de este análisis, se pueden implementar estrategias de prevención, control y respuesta a las situaciones de salud identificadas.

**Compartir información:** las bases de datos de VEBC permiten compartir la información con los responsables de la formulación de políticas de salud, los profesionales de la salud y otros actores relevantes.

**Empoderamiento de la comunidad:** al involucrar a los miembros de la comunidad en la vigilancia de la salud, se fortalece su capacidad de autogestión y se promueve la corresponsabilidad en la mejora de la salud de la población.

Por otro lado, frente a los talleres, el 16 de noviembre de 2024, se realizó un espacio de diálogo y construcción colectiva en puntos estratégicos de Ciudad Bolívar, congregando a líderes comunitarios, representantes de organizaciones sociales, gestores territoriales, profesionales de la salud y residentes de diversas UPZ. Este encuentro se fundamentó en una metodología de planificación participativa que promovió el análisis integral de las realidades locales, combinando datos estadísticos con experiencias vivenciales.

El taller evidenció múltiples problemáticas estructurales que afectan a la comunidad de Ciudad Bolívar, centradas en cuatro núcleos de inequidad. En primer lugar, se destacaron las inequidades en el acceso efectivo a servicios de salud, donde los participantes reportaron dificultades recurrentes para obtener citas médicas especializadas, especialmente para adultos mayores, así como demoras en la entrega de medicamentos y cambios abruptos en los puntos de dispensación. Casos como el de Alfonso Cruz, quien lleva más de dos años esperando una cirugía de cataratas, ilustran la falta de continuidad en la atención. Además, se señalaron barreras geográficas y económicas, como derivaciones a centros médicos distantes (ejemplo: desplazamientos desde el sur a Kennedy o Engativá) y reclasificaciones del SISBEN que generaron cobros inesperados a usuarios previamente exentos.

Posteriormente, se abordó la insuficiencia en prevención y respuesta ante emergencias sanitarias. La comunidad alertó sobre riesgos ambientales, como acumulación de llantas y tierra en laderas propensas a deslizamientos, filtraciones de agua por infraestructura obsoleta en acueductos, y espacios públicos inseguros para niños, como abismos sin protección cerca de zonas recreativas. Proyectos comunitarios, como la propuesta de un parque vecinal en 2022, quedaron inconclusos por falta de apoyo institucional, agravando la vulnerabilidad.

Un tercer eje fueron las inequidades poblacionales, ambientales y sociales. Se denunció el manejo inadecuado de residuos en el paradero SITP de la Avenida Boyacá, donde la acumulación de basura atrae roedores y representa un riesgo de zoonosis. La infraestructura del barrio, compuesta por escaleras y callejones, limita la movilidad de adultos mayores y personas con discapacidad, convirtiéndolos en «prisioneros de sus hogares». Adicionalmente, se mencionó la tenencia irresponsable de perros, con casos de mordeduras que no son atendidos con urgencia.

Finalmente, se analizó la debilidad en gobernanza y gobernabilidad intersectorial. La comunidad expresó frustración por la ausencia policial, lo que obliga a aplicar «justicia propia» ante robos, aunque esto derive en retaliaciones. También se criticó la falta de coordinación entre entidades: proyectos como la ampliación de alcantarillado o la limpieza de sumideros en la Avenida Boyacá llevan décadas sin resolverse. El transporte público, aunque abundante, evade paradas clave por problemas de evasión de pasajes, perjudicando a usuarios honestos.

Las demandas de la comunidad incluyen una reevaluación transparente del SISBEN, mejor distribución de medicamentos, fortalecimiento de especialidades médicas locales, soluciones estructurales para residuos y riesgos ambientales, finalización de proyectos de espacios seguros, y mayor articulación intersectorial. Se resaltó la urgencia de priorizar a poblaciones vulnerables, como adultos mayores y niños, garantizando accesibilidad y dignidad en los servicios.

Adicionalmente, las problemáticas identificadas se analizaron en el marco de los núcleos de inequidad previamente descritos en el capítulo 3, establecidos por la Secretaría Distrital de Salud, lo que facilitó su comprensión desde una perspectiva estructural de las desigualdades sociales.

Es importante señalar que este proceso de identificación y definición de las problemáticas fue dinámico y progresivo. Las problemáticas inicialmente propuestas desde un enfoque técnico fueron transformándose a medida que se realizaban los espacios participativos y de armonización con los líderes de la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y otros espacios de políticas públicas. Este diálogo constante entre el saber técnico y el saber comunitario permitió una caracterización más precisa y contextualizada de las necesidades sociales en salud que afectan la localidad.

De este modo, el proceso de priorización que se presenta a continuación no solo responde a criterios técnicos de magnitud, gravedad o factibilidad de intervención, sino que incorpora la visión colectiva de quienes habitan y experimentan cotidianamente las realidades del territorio, reconociendo que "la participación comunitaria es una alternativa a las metodologías de planificación y gestión normativa, y metodológicamente permite explicar y reconstruir la realidad social desde una visión integral", como se señala en los documentos de referencia.

## **5.2 Metodología usada para la priorización**

La priorización de los problemas y necesidades sociales en salud de la localidad de Tunjuelito se realizó mediante la aplicación de la metodología Hanlon adaptada, siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta metodología proporciona un marco sistemático para evaluar y clasificar las diversas problemáticas identificadas, considerando múltiples criterios que permiten una valoración integral de su impacto en la población.

La metodología Hanlon adaptada contempla cuatro criterios fundamentales para la priorización de problemas en salud:

**Magnitud:** Este criterio evalúa la dimensión del problema en términos de su incidencia o prevalencia en la población. Se valora a través de una escala de 0 a 10, donde un mayor puntaje indica una mayor magnitud del problema. Las preguntas orientadoras para este criterio se dirigen principalmente a la

comparación de indicadores locales con el nivel de subred, distrito, tendencia histórica y metas estratégicas.

**Gravedad:** Valora la gravedad del problema en función de las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas que genera para la persona, su familia o la comunidad. Se evalúa mediante una escala de 0 a 10, donde un mayor puntaje indica una mayor severidad. Las preguntas orientadoras se centran en determinar 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.

**Viabilidad de la intervención:** Este criterio evalúa la posibilidad técnica de intervenir en el problema. Se asigna un valor de 0.5 si el problema no puede ser intervenido, 1 si puede ser intervenido parcialmente, y 1.5 si es viable realizar una intervención total.

**Factibilidad de la intervención:** Se valora mediante el método PEARL, que considera cinco elementos: Pertinencia (P), Factibilidad económica (E), Aceptabilidad (A), Disponibilidad de recursos (R) y Legalidad (L). A cada elemento se asigna un valor de 0 (negativo) o 1 (positivo). Si 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.

La fórmula para calcular el Índice de Hanlon es:  $(A + B) C \times D$ , donde:

A = Magnitud del problema

B = Severidad del problema

C = Viabilidad de la intervención

D = Factibilidad de la intervención

Para implementar esta metodología se conformó una mesa de priorización con participación de cinco profesionales con diversos perfiles disciplinarios, de referentes de entornos y políticas de la localidad de Ciudad Bolívar. Cada participante valoró individualmente las problemáticas mediante un formulario estructurado, en un espacio de discusión colectiva donde se argumentaron las puntuaciones asignadas para cada criterio.

La siguiente matriz presenta el resultado del ejercicio de priorización, ordenando las problemáticas según la puntuación obtenida:

Problemáticas: discusión y justificación de cada puntuación

Matriz de priorización

#### ***Salud Materno-Infantil***

Esta problemática recibió la priorización más alta debido a la compleja situación que presenta la localidad. Los participantes destacaron que los indicadores de mortalidad materna e infantil superan significativamente las metas distritales y de subred establecidas en años anteriores. La razón de

mortalidad materna, asociada a captación tardía de gestantes (después de la semana 10) y controles prenatales deficientes, ha generado alarma suficiente para convocar la Mesa Ampliada de Mortalidad Materna a nivel distrital.

En términos de magnitud (10), se fundamentó en que afecta a una población considerable de mujeres en capacidad de gestar y niños en UPZ críticas como Lucero, Ismael Perdomo y Jerusalén, donde se concentran condiciones de vulnerabilidad socioeconómica. La gravedad (10) se sustentó en las consecuencias para la salud pública que representa la mortalidad materna e infantil, consideradas muertes evitables y trazadoras de la calidad del sistema de salud.

Se discutió que la morbilidad materna derivada de condiciones como eclampsia y preeclampsia incrementa costos del sistema y genera incapacidades significativas. Se identificaron otros indicadores como la sífilis gestacional y congénita que requieren seguimiento constante, pero presentan desafíos en adherencia a tratamientos.

La viabilidad de intervención recibió un puntaje alto (1,5) considerando que existen rutas y protocolos establecidos para la atención materno-infantil, aunque la factibilidad (4) se vio limitada por la disponibilidad intermitente de recursos y talento humano. Cuando el convenio de la ruta materna con la Secretaría de Salud está activo, los participantes reportaron estabilización en los casos gracias al seguimiento constante y recordatorios sobre controles prenatales, pero la sostenibilidad de estas intervenciones se ve comprometida por la falta de continuidad en los recursos.

### ***Salud Ambiental***

La discusión sobre salud ambiental generó un debate significativo entre los participantes respecto a su abordaje conceptual. Se enfatizó la necesidad de analizar esta problemática desde una perspectiva dialéctica en lugar de establecer relaciones lineales de causa-efecto, reconociendo la multicausalidad de los impactos en salud ambiental.

En cuanto a su magnitud, se asignó la puntuación máxima (10) considerando la afectación generalizada en toda la localidad. Los indicadores de infecciones respiratorias se muestran elevados y los niveles de contaminación y material particulado PM2.5 superan las metas distritales, especialmente en el norte de Ciudad Bolívar. Además, el deficiente estado de la malla vial (solo 42% en buen estado) y el impacto crítico en zonas cercanas a quebradas Limas, Chiguaza y río Tunjuelo justifican esta valoración máxima.

La gravedad (6) generó debate: mientras algunos participantes argumentaron que la exposición constante a contaminación del aire puede reducir la esperanza de vida, especialmente en zonas de extracción minera, otros señalaron que la literatura científica no siempre establece una relación directa entre contaminación ambiental y muertes prematuras. Se llegó al consenso de que, si bien algunos efectos no pueden considerarse causas directas de mortalidad, el impacto social y las condiciones de vida juegan un papel crucial en la salud.

La viabilidad de intervención (1) refleja que el sector salud puede intervenir parcialmente, requiriendo articulación intersectorial. La factibilidad (5) obtuvo una puntuación alta considerando

que existen recursos y marcos legales para abordar aspectos como gestión de residuos, aunque se reconoció que factores estructurales como la permanencia del relleno sanitario limitan el alcance de las intervenciones.

Un aspecto importante durante la discusión fue la aparente contradicción entre información proporcionada por los equipos de APS y Políticas respecto a la recolección de residuos. Mientras el equipo de APS sugirió problemas en la recolección casa a casa, el equipo de Políticas expresó que se trataba de puntos específicos. La gestora territorial confirmó que efectivamente los camiones de basura no acceden a zonas de lomas, sin que se hayan implementado alternativas como vehículos más pequeños, validando así la preocupación comunitaria.

### ***Violencia Intrafamiliar***

La priorización de esta problemática generó un debate significativo que se refleja en su calificación final. Aunque obtuvo puntajes máximos en magnitud (10) y gravedad (10), justificados por los 10,300 casos reportados que posicionan a Ciudad Bolívar como la localidad con mayor incidencia de este tipo de violencia en Bogotá, su baja calificación final se debe principalmente al criterio de factibilidad (1).

Es importante destacar que esta problemática tuvo varias modificaciones a lo largo del proceso. Inicialmente se planteó vinculada a la salud mental, incluyendo indicadores como suicidio consumado e ideación suicida, lo que pudo afectar la ponderación. Durante la mesa, la gestora territorial sugirió priorizar específicamente los indicadores de violencia intrafamiliar, respaldando esta decisión con la declaración del 2025 como "Año de la No Violencia Contra la Mujer" por el Consejo Local de Gobierno de Ciudad Bolívar y la priorización de esta problemática por parte de la comunidad en el Taller de participación.

Se planteó la necesidad de ampliar el concepto para incluir diversas manifestaciones como violencia económica y abandono. Sin embargo, la factibilidad de intervención desde el sector salud se consideró extremadamente limitada (1), argumentando que, aunque se ha fortalecido la atención mediante la activación de alertas y articulación con equipos de respuesta, la capacidad real de modificar los determinantes estructurales de la violencia como desigualdad de género y prácticas culturales machistas queda fuera del alcance directo del sector salud.

Los participantes señalaron que los programas existentes enfrentan desafíos como la adjudicación de contratos a entidades externas que desconocen el territorio y la sostenibilidad limitada de las acciones. Se reconoció la escasez de talento humano y recursos técnicos que limita la capacidad de respuesta, afectando la cobertura en colegios y hogares.

Esta problemática ilustra una situación donde, a pesar de su gravedad e impacto, las limitaciones en la factibilidad de intervención desde el sector salud determinaron su posición final en la priorización, evidenciando la necesidad de enfoques intersectoriales.

### ***Barreras de Acceso***

Inicialmente planteada como "barreras de acceso para personas mayores", durante la discusión se acordó ampliar el enfoque a "barreras de acceso para personas con enfermedades crónicas", considerando que la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas de 30 a 70 años (157.4) supera significativamente la meta distrital (125).

La magnitud de esta problemática recibió la máxima puntuación (10) basándose precisamente en este indicador de mortalidad prematura por condiciones crónicas, que evidencia un problema estructural de acceso a servicios de salud. El análisis revela que estas barreras afectan transversalmente tanto a población del régimen contributivo como subsidiado, con especial impacto en zonas periféricas como Monteblanco y El Mochuelo, donde la limitada disponibilidad de transporte público agrava las dificultades para acceder oportunamente a los servicios de salud requeridos para el manejo adecuado de enfermedades crónicas.

La magnitud (10) se justificó por la extensión del problema, que afecta tanto a población del régimen contributivo como subsidiado y especialmente a zonas periféricas como Monteblanco y El Mochuelo, donde la disponibilidad de transporte público es limitada. La gravedad (10) se fundamentó en las consecuencias que implica la falta de acceso oportuno a servicios de salud para pacientes con condiciones crónicas, incrementando el riesgo de complicaciones y muertes evitables.

Los participantes destacaron que estas barreras comprenden aspectos geográficos (topografía montañosa, mala conectividad vial - solo 5.2% de vías son arterias principales), administrativos (trámites burocráticos, sistema de citas) y tecnológicos (dificultad para gestionar servicios en línea). Se mencionó el caso concreto de una persona no afiliada que debe cumplir múltiples trámites como presentar la encuesta del Sisbén y acudir a Capital Salud antes de recibir atención.

La viabilidad de intervención (1) se calificó como parcial, reconociendo que muchas barreras requieren acciones intersectoriales más allá del sector salud. La factibilidad (4) se vio afectada por la limitada disponibilidad de recursos para implementar estrategias como equipos extramurales que anteriormente llevaban medicamentos a hogares con mayores dificultades de acceso, programa que fue eliminado sin reemplazarse adecuadamente.

Durante la mesa con el equipo de políticas se cuestionó la afirmación sobre "baja afiliación al sistema de seguridad social", señalando inconsistencia con el discurso oficial de la Secretaría de Salud sobre cobertura universal.

### ***Salud Alimentaria***

Los participantes identificaron esta problemática como un fenómeno influenciado por determinantes estructurales con impactos significativos en la salud pública de Ciudad Bolívar. La magnitud (10) se fundamentó en un análisis integral que combinó indicadores socioeconómicos e indicadores nutricionales específicos. Los datos de pobreza extrema (21.7%) y monetaria (57.4%), relacionados indirectamente con los indicadores de malnutrición en población de 5 a 17 años, la elevada prevalencia de retraso en talla en menores de 2 años, y la baja proporción de lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses.

La gravedad (8) se sustentó en los efectos de la malnutrición en el desarrollo físico y cognitivo de niños y niñas, así como en el incremento de riesgo de enfermedades crónicas en adultos. Se destacó la paradoja de la "doble carga nutricional" donde coexisten desnutrición y obesidad debido a patrones alimentarios inadecuados.

Los indicadores de lactancia materna y retraso en talla superan las metas distritales, aunque los expertos en nutrición durante la mesa señalaron que el indicador de lactancia materna no debería relacionarse directamente con esta problemática. Se recomendó incluir específicamente la desnutrición aguda en menores de 5 años como indicador trazador.

La viabilidad de intervención (1) se calificó como parcial, reconociendo que el sector salud puede implementar acciones educativas y de seguimiento, pero requiere articulación intersectorial para abordar causas estructurales. La factibilidad (4) refleja que existen mecanismos establecidos para intervenir, aunque con recursos limitados. Los participantes señalaron que el costo de intervención no es tan elevado para el sistema de salud en comparación con otros tratamientos, pero resulta fundamental fortalecer estrategias preventivas.

Durante la discusión, se sugirió incorporar el concepto de soberanía alimentaria para ampliar el marco de análisis más allá de la seguridad alimentaria, aunque esta propuesta quedó pendiente para desarrollo posterior.

#### ***Consumo Problemático de SPA***

La discusión sobre esta problemática reveló perspectivas contrastantes entre la percepción comunitaria y los datos disponibles. En términos de magnitud (4), algunos participantes argumentaron que el número de casos en la localidad no es tan significativo en comparación con otras zonas de la ciudad, lo que explica su puntuación relativamente baja.

Sin embargo, durante la mesa con el equipo de políticas se presentó información que señala a Ciudad Bolívar en tercer lugar respecto a consumos iniciales. Se destacó que, contrario al imaginario que ubica esta problemática principalmente en localidades como Chapinero, Mártires o Santa Fe, Ciudad Bolívar presenta microtráfico en varios lugares, identificados en el Comité Local de Seguridad. En la Mesa Local de Estupefácientes de marzo se reportó la emergencia de estructuras de expendio similares a las de otras localidades tradicionalmente problemáticas.

La gravedad (10) se fundamentó en las consecuencias individuales y sociales del consumo problemático, incluyendo el deterioro en salud física y mental, con 6,711 casos reportados en 2024. Se mencionó la situación particular de habitantes de calle, registrándose oficialmente 472 personas, aunque el censo presenta subregistro por imposibilidad de acceder a ciertos territorios por razones de seguridad. De esta población, la mayoría presenta consumo problemático de SPA.

Los participantes de la mesa cannábica mencionados en la relatoría han promovido la diferenciación entre consumo problemático y no problemático, señalando la estigmatización hacia ciertos consumidores, aspecto relevante para la formulación de intervenciones adecuadas.

La viabilidad de intervención (1) se calificó como parcial considerando las dificultades para abordar un fenómeno multicausal donde intervienen factores como exclusión social, desempleo y falta de oportunidades. La factibilidad (3) refleja las limitaciones institucionales para garantizar tratamientos efectivos, con insuficiencia de centros de rehabilitación en la Subred y dependencia de entidades tercerizadas con intervenciones de corto plazo.

### **5.3 Reflexiones finales**

El proceso de priorización de problemáticas y sociales en salud en la localidad de Ciudad Bolívar, representa un esfuerzo integral por articular indicadores técnicos con la perspectiva comunitaria. Utilizando la metodología Hanlon adaptada, el equipo ASIS evaluó seis problemáticas principales según su magnitud, gravedad, viabilidad y factibilidad de intervención. Este enfoque permitió establecer un orden de intervención que no solo responde a criterios técnicos, sino que incorpora la visión de quienes experimentan cotidianamente las realidades del territorio, reconociendo la complejidad de los determinantes sociales de la salud.

La salud materno-infantil emergió como la prioridad más alta debido a indicadores de mortalidad que superan significativamente las metas distritales, situación que ha activado respuestas institucionales como la Mesa Ampliada de Mortalidad Materna. Esta problemática refleja desafíos en la captación temprana de gestantes, controles prenatales deficientes y condiciones socioeconómicas adversas en UPZ críticas como Lucero, Ismael Perdomo y Jerusalén. Aunque existen rutas y protocolos establecidos, la discontinuidad en recursos y talento humano compromete la sostenibilidad de las intervenciones, evidenciando la necesidad de fortalecer estructuralmente esta área.

La salud ambiental fue identificada como la segunda prioridad, reconociendo su naturaleza multicausal y la necesidad de un abordaje dialéctico. Los elevados niveles de contaminación y material particulado, el deficiente estado de la malla vial y el impacto crítico en zonas cercanas a quebradas afectan a toda la localidad. Un aspecto relevante es la contradicción entre la información proporcionada por diferentes equipos respecto a la gestión de residuos, confirmándose que en zonas de lomas los camiones de basura no acceden, sin implementación de alternativas adecuadas, lo que valida las preocupaciones comunitarias sobre esta problemática.

Las barreras de acceso a servicios de salud para personas con enfermedades crónicas ocuparon el tercer lugar, evidenciando un problema estructural reflejado en tasas de mortalidad prematura que superan la meta distrital. Estas barreras, que incluyen aspectos geográficos, administrativos y tecnológicos, afectan transversalmente a los regímenes contributivo y subsidiado, con especial impacto en zonas periféricas como Monteblanco y El Mochuelo. La eliminación de programas como equipos extramurales que facilitaban el acceso a medicamentos, sin implementar reemplazos adecuados, ilustra la reducción en la capacidad de respuesta institucional frente a esta problemática.

La salud alimentaria se posicionó como la cuarta prioridad, siendo un fenómeno influenciado por determinantes estructurales como la pobreza extrema y monetaria, que se relacionan con

indicadores nutricionales preocupantes. La coexistencia de desnutrición y obesidad evidencia la paradoja de la "doble carga nutricional" derivada de patrones alimentarios inadecuados. Aunque el sector salud puede implementar acciones educativas y de seguimiento, se reconoce la necesidad de articulación intersectorial para abordar causas estructurales, sugiriéndose incorporar el concepto de soberanía alimentaria para ampliar el marco de análisis más allá de la seguridad alimentaria.

Las últimas dos prioridades —consumo problemático de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar— ilustran situaciones donde, a pesar de su gravedad e impacto significativo, las limitaciones en la viabilidad y factibilidad de intervención desde el sector salud determinaron su posición final. El caso de la violencia intrafamiliar es particularmente revelador: a pesar de tener puntuaciones máximas en magnitud y gravedad, con Ciudad Bolívar como la localidad con mayor incidencia en Bogotá, su baja calificación final refleja la incapacidad del sector salud para modificar determinantes estructurales como la desigualdad de género y prácticas culturales machistas. Estas problemáticas evidencian la necesidad urgente de enfoques intersectoriales y transectoriales que permitan intervenciones más efectivas sobre los diversos ámbitos sociales que configuran los modos, condiciones y estilos de vida de personas, familias y comunidades.

Criterio	Magnitud	Gravedad	Viabilidad de la intervención	Facitabilidad de la intervención	Priorización		
<b>Método Hanlon adaptado</b>	Escala de 0 - 10 A mayor puntaje mayor magnitud	Escala de 0- 10 A mayor puntaje mayor gravedad	Cuando el problema no se puede intervenir su valor es 0.5, si se interviene parcialmente es igual a 1 y, si tiene intervención total es igual a 1.5.	Valoración por método PEARL P= pertinencia E= factibilidad económica, A= aceptabilidad . R= disponibilidad de recursos, L= legalidad. A cada uno de los elementos se les da un valor de 1 si es positivo y 0, si es negativo.	Así, la fórmula para establecer la priorización de problemas por el método de Hanlon, menciona que el índice de Hanlon = $(A + B) C \times D$		

Problemáticas identificadas (Las identificadas en el capítulo III). Pensado y escrito desde la Causa	¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en salud del problema, (expresadas en carga de enfermedad por medio de tasas de morbilidad y mortalidad)?	¿Qué tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas (Ej. Años de Vida)	¿Las circunstancias institucionales permiten realizar la intervención en la problemática?	¿Políticamente es posible la intervención de la problemática?	A+ B	C x D		Orden
Problemática 1	10	6	1	3	16	3	48	4

Problemática 2	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>6</b>
Problemática 3	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>42</b>	<b>5</b>
Problemática 4	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>1.5</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>120</b>	<b>1</b>
Problemática 5	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	<b>2</b>
Problemática 6	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>72</b>	<b>3</b>

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

Después del proceso de análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad realizados a lo largo de este documento, se realizarán las siguientes propuestas de respuesta y recomendaciones en el marco del plan decenal de salud pública 2022-2031, el plan de desarrollo distrital, el plan territorial de salud y el modelo de atención en salud MÁS bienestar.

Teniendo en cuenta que uno de los pilares metodológicos ha sido la identificación de problemáticas desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, las recomendaciones que aquí se generan, buscan que la formulación de políticas públicas sectoriales e intersectoriales, atienda a dinámicas que necesariamente trasciendan el accionar del sector salud, para que de esta manera la calidad de vida de los habitantes de la localidad aumente de manera integral.

Es importante tener presente que, en la medida en que la calidad de vida mejore desde una perspectiva global, los indicadores en salud se fortalecerán. De igual manera, el hecho de que los indicadores en salud se fortalezcan, será una evidencia de que la calidad de vida de los habitantes estará mejorando.

### ***Salud Materno-Infantil***

Para reducir la mortalidad materna e infantil en Ciudad Bolívar, es prioritario fortalecer la captación temprana de gestantes mediante estrategias comunitarias en UPZ críticas como Lucero, Ismael Perdomo y Jerusalén. Esto incluye el despliegue de equipos extramurales y la vinculación de líderes locales como promotoras de salud, quienes facilitarán el acceso a información y servicios prenatales en poblaciones con barreras culturales o socioeconómicas. Paralelamente, se debe garantizar la calidad de los controles prenatales mediante capacitación continua del personal de salud en el manejo de emergencias obstétricas (eclampsia, preeclampsia) y enfermedades como la sífilis gestacional, asegurando la disponibilidad permanente de insumos para tamizajes y tratamientos en centros de primer nivel.

La sostenibilidad de estas acciones requiere reactivar el convenio de la Ruta Materna con la Secretaría de Salud, integrando esfuerzos intersectoriales con educación, bienestar social y organizaciones de mujeres. Adicionalmente, se propone implementar un sistema de alertas tempranas mediante mensajes de texto o llamadas automatizadas para gestantes en zonas rurales, complementado con la creación de un comité local de vigilancia epidemiológica que incluya participación comunitaria. Este comité deberá monitorear indicadores en tiempo real y promover la transparencia en la rendición de cuentas, priorizando la articulación con actores clave como parteras tradicionales y autoridades locales.

### **Salud Ambiental**

La contaminación atmosférica y la gestión deficiente de residuos en Ciudad Bolívar exigen acciones inmediatas, como la instalación de estaciones de monitoreo de PM2.5 en zonas mineras y el norte de la localidad, junto a la creación de corredores verdes para mitigar el impacto del material particulado. En áreas de lomas y quebradas (Limas, Chiguaza), es urgente implementar vehículos compactos para la recolección de basura, acompañados de programas de reciclaje comunitario con incentivos económicos que promuevan la participación activa de los habitantes. Además, la rehabilitación de al menos el 60% de la malla vial para 2026, priorizando zonas cercanas al río Tunjuelo, reducirá riesgos de inundaciones y mejorará la accesibilidad a servicios de salud.

Para abordar los determinantes socioambientales, se deben desarrollar escuelas comunitarias de salud ambiental que integren saberes locales y científicos, fomentando una comprensión crítica de los riesgos. Estas escuelas funcionarían como espacios de diálogo para diseñar planes de reasentamiento participativo en zonas de alto riesgo hidroclimático, involucrando a líderes comunitarios y autoridades en la toma de decisiones. La articulación con la Secretaría de Ambiente y entidades académicas permitirá generar evidencia local para incidir en políticas públicas que prioricen la salud ambiental como eje del bienestar colectivo.

### **Barreras de Acceso**

Las barreras geográficas y administrativas en zonas periféricas como Monteblanco y El Mochuelo demandan la implementación de unidades móviles de salud equipadas para diagnóstico básico (glucómetros, tensiómetros) y dispensación de medicamentos, con rutas programadas semanalmente. Estas unidades deben complementarse con alianzas público-privadas para subsidiar el transporte de pacientes crónicos, facilitando su acceso a centros especializados. Además, simplificar los trámites de afiliación al sistema de salud mediante ventanillas únicas gestionadas por gestores territoriales reducirá la exclusión, especialmente en población no afiliada o en condición de irregularidad.

La reactivación de equipos extramurales para seguimiento domiciliario a pacientes crónicos y adultos mayores, junto a la digitalización de la gestión de citas mediante una plataforma accesible sin internet estable, son claves para superar barreras tecnológicas. Estos equipos deberán contar con enfermeras comunitarias capacitadas en telemedicina, ofreciendo consultas virtuales en centros comunitarios o escuelas. La articulación con el Plan de Desarrollo Distrital permitirá garantizar financiamiento sostenible para estas iniciativas, priorizando la contratación de talento humano local que comprenda las dinámicas territoriales.

### **Salud Alimentaria y Nutricional**

Para enfrentar la doble carga de malnutrición, es esencial fortalecer los bancos de alimentos en UPZ con altos índices de pobreza (Jerusalén, El Lucero), priorizando productos locales y frescos en alianza con agricultores urbanos y rurales. Programas de huertas comunitarias, adaptadas a espacios reducidos y condiciones climáticas, promoverán la soberanía alimentaria y reducirán la dependencia de alimentos ultraprocesados. Paralelamente, se deben diseñar guías nutricionales culturalmente

pertinentes para comunidades indígenas y afrodescendientes, respetando sus prácticas culinarias tradicionales y promoviendo el uso de ingredientes accesibles económicamente.

La implementación de un sistema de alerta temprana para desnutrición aguda en menores de 5 años, vinculado a programas de transferencias condicionadas, permitirá intervenciones oportunas. Este sistema debe integrar a agentes comunitarios en la identificación de casos y articularse con jornadas de vacunación y control de crecimiento. Además, los profesionales de salud requieren capacitación en consejería nutricional con enfoque de accesibilidad, evitando recomendaciones genéricas que no consideren el contexto económico de las familias. La articulación con el sector educativo para incluir educación alimentaria en colegios cerrará brechas de conocimiento intergeneracional.

### ***Consumo Problemático de SPA***

El abordaje del consumo de sustancias psicoactivas debe combinar reducción de daños y prevención comunitaria. La creación de centros de atención ambulatoria en zonas de microtráfico, gestionados con participación de líderes rehabilitados, ofrecerá espacios seguros para orientación y acceso a tratamientos voluntarios. Estos centros deben incluir programas de reinserción laboral y acompañamiento psicosocial, priorizando poblaciones vulnerables como habitantes de calle. En paralelo, es clave integrar habilidades para la vida en el currículo escolar de UPZ críticas, enfocándose en proyectos de vida alternativos y manejo de emociones, con talleres liderados por jóvenes formados como pares educadores.

La ampliación de la capacidad de rehabilitación en la Subred Sur, con modelos de atención a largo plazo y enfoque de género, reducirá la dependencia de entidades tercerizadas. La Mesa Local de Estupefacientes debe fortalecerse con la inclusión de representantes de comunidades afectadas, diseñando políticas basadas en evidencia local. Además, campañas de sensibilización mediáticas, que desmitifiquen el consumo y promuevan la empatía, ayudarán a reducir el estigma social, facilitando la búsqueda de ayuda temprana.

### ***Violencia Intrafamiliar***

Para enfrentar la violencia intrafamiliar, es urgente capacitar al personal de salud en protocolos de atención con enfoque de género e interseccionalidad, garantizando la activación inmediata de rutas de protección y la articulación con comisarías de familia. La implementación de un sistema integrado de alertas entre escuelas, centros de salud y autoridades locales permitirá identificar casos de riesgo y ofrecer respuestas oportunas. Además, la creación de casas refugio temporales en zonas rurales, gestionadas en alianza con organizaciones de mujeres, brindará protección inmediata a víctimas, complementado con apoyo legal y psicosocial.

Programas de mentoría comunitaria, donde sobrevivientes de violencia capaciten a vecinos en detección temprana y primeros auxilios emocionales, fortalecerán redes de apoyo. En paralelo, talleres sobre nuevas masculinidades en colegios y espacios laborales abordarán las raíces culturales de la violencia, promoviendo relaciones basadas en el respeto. La articulación con medios locales para campañas de sensibilización y la promoción de líneas de denuncia anónimas incrementarán la confianza en las instituciones, rompiendo ciclos de silencio e impunidad.

Finalmente, las recomendaciones aquí planteadas buscan transformar los determinantes estructurales que afectan la salud en Ciudad Bolívar, mediante una articulación sólida entre sectores, comunidades y niveles de gobierno. Su implementación progresiva (2024-2031), bajo principios de equidad, participación y sostenibilidad, no solo alinearán a la localidad con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, sino que garantizará el derecho a la salud como pilar del bienestar colectivo. Su éxito dependerá de la voluntad política, la rendición de cuentas transparente y la adaptación constante a las realidades territoriales emergentes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría Distrital de Salud. Modelo de Salud de Bogotá. 2024.
2. Concejo de Bogotá. Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá camina segura” 2024-2027. 2024;1.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. GUIA CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA PARA LA CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA. 2023.
4. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan Distrital de Desarrollo. 2024;
5. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991. :Art.322, 323,324.
6. Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá - IDECA. Mapa de Referencia para Bogotá D.C [Internet]. 2024 [citado el 27 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.ideca.gov.co/recursos/mapas/mapa-de-referencia-para-bogota-dc>
7. Clara Stella Juliao Vargas. Los desplazados en Bogotá y Soacha: características y protección. Revista de Paz y Conflictos [Internet]. 2009 [citado el 27 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/revpaz/article/view/457/524>
8. Secretaría de Planeación. Plan de Ordenamiento Territorial Documento de Diagnóstico Ciudad Bolívar. 2020 [citado el 27 de octubre de 2024]; Disponible en: [https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/19\\_ciudad\\_bolivar - diagnostico\\_pot\\_2020.pdf](https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/19_ciudad_bolivar - diagnostico_pot_2020.pdf)
9. Decreto 190 de 2004 Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. [Internet]. [citado el 27 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=13935>
10. Secretaría de Planeación. POT Plan de Ordenamiento Territorial Bogotá Reverdece 2022-2035 Decreto 555 de 2021.
11. UAECD Catastro Bogotá. Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá - IDECA [Internet]. 2024 [citado el 22 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.ideca.gov.co/>
12. Bogotá A. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/cuales-son-los-hospitales-de-primer-nivel-en-el-sur-de-bogota>. 2021. Tres hospitales de primer nivel a los que puedes asistir en el sur de Bogotá.
13. Secretaría Distrital de Ambiente. Plan Ambiental Local Ciudad Bolívar 2017-2020. 2020.
14. Alcaldía Mayor de Bogotá DCapitalBD de P y P. Ficha Estadística Basica de Inversión Local EBI-L. el 9 de noviembre de 2023;
15. Secretaría Distrital de Ambiente. ¿Qué es el IBOCA? [Internet]. [citado el 3 de noviembre de 2024]. Disponible en: <http://iboca.ambientebogota.gov.co/publicaciones/175/que-es-el-iboca/>

16. Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos (EPA). <https://espanol.epa.gov/espanol/efectos-del-material-particulado-pm-sobre-la-salud-y-el-medioambiente>. 2024. Efectos del material particulado (PM) sobre la salud y el medioambiente | US EPA.
17. Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá -RMCAB. Informe Anual de Calidad del Aire de Bogotá - Año 2023. 2024.
18. Secretaría Distrital de Ambiente. Minería en el sur de Bogotá. 2020;
19. Secretaría Distrital de Planeación. Áreas en condición de riesgo por movimientos en masa de suelo urbano y expansión. POT Bogotá D.C. [Internet]. 2022 [citado el 3 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/areas-en-condicion-de-riesgo-por-movimientos-en-masa-de-suelo-urbano-y-expansion>
20. Secretaría Distrital de Planeación. Documento insumo del Plan de Desarrollo Local de Ciudad Bolíva - Diagnóstico 2021-2024. 2021;
21. Secretaría Distrital de Planeación. Amenaza de inundación por desbordamiento. POT Bogotá D.C [Internet]. 2021 [citado el 3 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/amenaza-de-inundacion-por-desbordamiento-bogota-d-c>
22. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Encuesta multipropósito 2021 [Internet]. 2021 [citado el 12 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/encuesta-multiproposito>
23. Departamento Nacional de Estadística. DANE. Pobreza y desigualdad. 2022 [citado el 2 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-monetaria>
24. Departamento Nacional de Planeación (DANE). Ley 142 de 1994 [Internet]. 1994 [citado el 27 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=2752>
25. Secretaría Distrital de Planeación. Estratificación Manzana Bogotá D.C. 2019 [citado el 26 de noviembre de 2024]; Disponible en: <https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/estratificacion-para-bogota>
26. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. PROYECCIONES DE POBLACIÓN BOGOTÁ 2018-2035 [Internet]. 2020 [citado el 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion/proyecciones-de-poblacion-bogota>
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. [Internet]. 2025 [citado el 22 de enero de 2025]. Disponible en: [https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados\\_reps.aspx?pageTitle=Registro%20Actual&pageHIp=](https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx?pageTitle=Registro%20Actual&pageHIp=)
28. Transmilenio S.A. Buscador de rutas [Internet]. 2024 [citado el 22 de enero de 2025]. Disponible en: [https://www.transmilenio.gov.co/loader.php?lServicio=Rutas&lTipo=busqueda&lFuncion=ruta&idRuta=89&estacion=4073&tipoRuta=8](https://www.transmilenio.gov.co/loader.php?lServicio=Rutas&lTipo=busqueda&lFuncion= ruta&idRuta=89&estacion=4073&tipoRuta=8)

29. Vigilancia de la Salud Ambiental - Subred Sur. Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de establecimientos. 2024.
30. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS [Internet]. [citado el 23 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
31. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Encuesta multipropósito (EM) 2017. 2017.
32. SECRETARÍA DE EDUCACIÓN. CARACTERIZACIÓN SECTOR EDUCATIVO. BOGOTÁ D.C 2022 [Internet]. BOGOTÁ; 2022. Disponible en: [www.educacionbogota.edu.co](http://www.educacionbogota.edu.co)
33. International Labour Organization. Education and labour markets: Analysing global patterns with the KILM 1.
34. Cheng C. Women's Education and Household Decision Making from a Multi-Generational Perspective.
35. Secretaría de Integración Social. Diagnóstico Local Ciudad Bolívar [Internet]. 2023 [citado el 20 de noviembre de 2024]. Disponible en: [https://www.integracionsocial.gov.co/images/\\_docs/2024/Entidad/localidades/24092024-19-Ciudad-Bolivar-Diagnostico-2023.pdf](https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2024/Entidad/localidades/24092024-19-Ciudad-Bolivar-Diagnostico-2023.pdf)
36. Piraján JMMH V. Los riesgos que afectan la seguridad y salud en el trabajo en los empleados informales u ocasionales. Universidad ECCI; 2022.
37. Luis J, Pimienta R, Florez E, Jairo F, Capella AC. IDENTIFICACIÓN EN SALUD PÚBLICA, EL DERECHO HUMANO A LA ALIMENTACIÓN Y SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL [Internet]. 2021. Disponible en: [www.ditar.co](http://www.ditar.co)
38. Federicci S. División sexual del trabajo. Traficantes de Sueños, editor. 2013.
39. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE CP para la E de la MCOM. Mújeres y Hombres: Brechas de Género en Colombia. 2020.
40. Secretaría de la Mujer. Observatorio de Mujeres y Equidad de Género. 2024.
41. Observatorio de Salud de Bogotá D abiertos gobierno transparente. SaluData [Internet]. 2024 [citado el 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>
42. Rodas JA, Pereira JAB. Masculinity and mental health: an analysis of interpretative repertoires. Psicoperspectivas. el 15 de julio de 2024;23(2).
43. Subred Integrada de Servicios de Salud ESE. Análisis de Condiciones, Calidad de Vida y de Salud 2022. 2022;
44. Diagnóstico-sobre-situacion-discriminacion-de-la-Poblacion-LGBTI-en-Colombia.
45. Secretaría Distrital de Planeación. Caracterización de la población migrante en Bogotá. 24d. C.
46. Subsistema de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria.
47. Tamarit J. La calidad de vida en los entornos residenciales y de vivienda. FEAPS. 1999;
48. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) . 2022;





SECRETARÍA DE  
SALUD

