



Diagnóstico

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

7 Localidad Bosa



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente 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

Judy Marcela López Guerrero - Coordinadora PIC

Cindy Nathali Baquero Ocampo - Líder ACCVSyE

Freddy Andrés Chitiva Zamudio - Ingeniero Catastral y Geodesta

Carol Adriana Velandia Patiño - Epidemióloga

Juan Camilo Peñaranda Martínez - Antropólogo

Johana Carolina Ortiz - Socióloga

Giovana Ximena Rojas Mora - Socióloga

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

Estefanía Fajardo De la Espriella

Fotografía portada

Subredes - Secretaría Distrital de Salud

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 # 12-81

Conmutador: 364 9090

Bogotá, D. C. - 2025

LISTA DE ABREVIATURAS

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

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

VEBC	Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad
VESPA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VIS	Vivienda de Interés Social
VBG	Violencias Basadas en Género
WQI	Water Quality Index (índice de calidad del agua)

Tabla de contenido

<i>INTRODUCCIÓN</i>	9
<i>OBJETIVOS</i>	11
<i>METODOLOGÍA</i>	11
<i>CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO</i>	15
1.1. Contexto político administrativo	15
1.2. Condiciones ecológico – ambientales	16
1.3. Condiciones socio económicas	23
1.4. Estructuración poblacional y demográfica	26
1.5. Acceso a servicios y bienes	36
<i>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</i>	39
2.1. Dimensión socio económica	40
2.2. Dimensión de género	47
2.3. Dimensión territorial.....	55
2.4. Dimensión poblacional diferencial.....	58
<i>CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO</i>	67
3.1. Morbilidad General	67
3.2. Mortalidad General.....	75
3.3. Eventos trazadores en salud pública	85
3.4. Problemáticas y necesidades sociales y ambientales	87
3.5. Núcleos de inequidad socio sanitaria a nivel local.....	90
3.5.1 Núcleo Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud ..	91
3.5.2 Núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población.....	92
3.5.3. Núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud	93
3.5.4. Núcleo de insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y remergentes, y pandemias	94

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS DIFERENTES PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	96
4.1. Núcleo Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud.....	97
4.2. Núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población.....	100
4.3. Núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud	102
4.4. Núcleo de insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y remergentes, y pandemias ...	106
4.5 Reflexiones Finales.....	107
CAPITULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	108
5.1 Desarrollo método Hanlon Subred Sur Occidente.....	110
5.2 Resultados ejercicio de priorización de problemas y necesidades sociales de la salud en la Localidad de Bosa.....	110
5.3 Reflexiones Finales.....	118
CAPÍTULO VI. PROPUESTAS DE RESPUESTAS 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 ATENCION EN SALUD MAS BIENESTAR.....	119
6.1 Propuesta de recomendaciones para la localidad de Bosa	120
BIBLIOGRAFÍA	133

Listado Gráficas

Gráfica 1. Pirámide poblacional localidad Bosa, años 2019, 2024, 2030	27
Gráfica 2. Número de atenciones por sexo, localidad Bosa, 2019 a 2023 y 2024pp*	68
Gráfica 3. Número de atenciones por servicio de consulta, localidad Bosa, 2019 a 2023 y 2024pp*.....	68
Gráfica 4. Número de atenciones por servicios de hospitalización y urgencias, localidad Bosa, 2019 a 2023 y 2024pp*	69
Gráfica 5. Mortalidad por grandes causas, localidad Bosa, 2019 – 2023	77
Gráfica 6. Mortalidad por grandes causas en hombres, localidad Bosa, 2019 – 2023	77
Gráfica 7. Mortalidad por grandes causas en mujeres, localidad Bosa, 2019 – 2023	78

Listado de Tablas

Tabla 1. Distribución de la población por momento de curso de vida, localidad de Bosa, año 2024²⁷

Tabla 2. Otros indicadores de estructura demográfica localidad Bosa, años 2019, 2024, 2030.....	28
Tabla 3. Resumen de indicadores demográficos, localidad de Bosa, 2012, 2017, 2022	29
Tabla 4. Autorreconocimiento étnico, localidad de Bosa, año 2018	33
Tabla 5. Tasa de cobertura bruta por nivel educativo, localidad Bosa, 2018-2022.....	45
Tabla 6. Número de atenciones por servicio y quinquenio, localidad Bosa, 2019 a 2023 y 2024pp*70	
Tabla 7. Principales causas de atención en servicio de Consulta, según sexo, localidad Bosa, 2023 71	
Tabla 8. Principales causas de atención en servicio de Hospitalización, según sexo, localidad Bosa, 2023.....	72
Tabla 9. Principales causas de atención en servicio de Urgencias, según sexo, localidad Bosa, 202372	
Tabla 10. Eventos de Notificación Obligatoria, localidad Bosa, 2019 – 2024pp*	75
Tabla 11. Tasas de mortalidad por sexo y momento de curso de vida, localidad Bosa, 2019 – 202276	
Tabla 12. Tasas de Mortalidad por enfermedades transmisibles, localidad Bosa, 2019 – 2022	79
Tabla 13. Tasas de Mortalidad por neoplasias, localidad Bosa, 2019 – 2022.....	80
Tabla 14. Tasas de Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, localidad Bosa, 2019 – 2022	81
Tabla 15. Tasas de Mortalidad por afecciones del periodo perinatal, localidad Bosa, 2019 – 2022 81	
Tabla 16. Tasas de Mortalidad por causas externas, localidad Bosa, 2019 – 2022	82
Tabla 17. Tasas de Mortalidad por las demás causas, localidad Bosa, 2019 – 2022	83
Tabla 18. Tasas de Mortalidad por signos y síntomas mal definidos, localidad Bosa, 2019 – 2022. 83	
Tabla 19. Mortalidad específica por sexo en población menor de un año, localidad Bosa, 2019 – 2022	84
Tabla 20. Mortalidad específica por sexo en población de uno a cuatro años, localidad Bosa, 2019 – 2022.....	85
Tabla 21. Mortalidad específica por sexo en población menor de cinco años, localidad Bosa, 2019 – 2022.....	85
Tabla 22. Comportamiento indicadores trazadores PDD y PTS, localidad Bosa, 2019 – 2024p*	86
Tabla 23. Principales problemáticas colectivas, localidad Bosa, 2023 – 2024*	88

Listado de Mapas

Mapa 1. Contexto político administrativo de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2021 y 2024	16
Mapa 2. Condiciones ecológicas de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2021 y 2024	17
Mapa 3. Condiciones ambientales de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2022.....	20
Mapa 4. Estado superficial malla vial integral de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2022 21	
Mapa 5. Ruido Nocturno de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2018 - 2021	22
Mapa 6. Estrato socioeconómico de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024	24
Mapa 7. Uso del suelo de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024.....	25
Mapa 8. Densidad Poblacional de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024	30
Mapa 9. Acceso a Servicios de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024	38
Mapa 10. Unidades de Trabajo Informal en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024	42
Mapa 11. Índice de Pobreza Multidimensional en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2018	43
Mapa 12. Oferta Educativa en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024	46
Mapa 13. Violencia Intrafamiliar y de Genero en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 202449	
Mapa 14. Establecimientos de Actividades Sexuales Pagadas en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024.....	52

Mapa 15. Sedes Asistenciales de la Subred Sur Occidente en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024.....	57
Mapa16. Situación de Habitanza en Calle en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2021.....	60
Mapa 17. Ruralidad en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024.....	62
Mapa 18. Cabildo Muisca de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2020	65
Mapa 19. Problemáticas colectivas de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2023 a 2024* .	89
Mapa 20. Respuesta Sectorial e Intersectorial de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024	99

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

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

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

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

El ASIS de la localidad Bosa 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.

OBJETIVOS

Objetivo general

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

Objetivos específicos

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

METODOLOGÍA

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

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

Toda la información señalada fue sistematizada en la “Matriz de categorización del ASIS en Bogotá” por medio de códigos y subcódigos derivados de los Núcleos de Inequidad Socio sanitaria, establecidos en el ASIS distrital de 2023 y 2024 bajo la directriz de la Guía conceptual y metodológica del MSPS y el Plan Territorial de Salud de Bogotá 2024 – 2027. La matriz de categorización fue procesada y analizada en el software cualitativo ATLAS TI.

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

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

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

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

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

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

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

En cuanto al capítulo 3, el análisis de la morbilidad se llevó a cabo utilizando las bases de datos de Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) correspondientes al periodo de 2019 al primer semestre de 2024, proporcionadas por la Secretaría Distrital de Salud (SDS). Estas bases contienen información detallada sobre las atenciones brindadas por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) ubicadas en la localidad. A partir de estos datos, se realizaron análisis de frecuencias absolutas y relativas, considerando variables como sexo, edad agrupada por quinquenios y tipos de atención,

centrándose en las diez principales causas de consulta. Este análisis se complementó con un estudio del comportamiento de la notificación de eventos de interés en salud pública, basado en los datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) entre 2019 y 2023. Se utilizó el insumo de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENOS) proporcionado por la SDS, lo que permitió comparar las cifras locales con las de Bogotá para el año 2023 y realizar una semaforización que refleja las diferencias relativas en los indicadores.

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

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

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

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

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

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

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

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

Donde:

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

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

2. Capítulo 5: Se utilizó la metodología Hanlon adaptada en línea con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual contempló para la priorización los siguientes criterios (4):
 - 1) *Magnitud*: A través de una escala de 0 a 10 (a mayor puntaje mayor magnitud) se valora que tan grandes e importantes son las consecuencias en salud del problema, expresadas principalmente en la carga de enfermedad, las preguntas orientadoras se dirigen principalmente a la comparación de indicadores locales, con el nivel de subred, distrito, tendencia histórica y metas estratégicas.
 - 2) *Severidad*: A través de una escala de 0 a 10 (a mayor puntaje mayor severidad) se valora que tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas, para la persona, su familia o la comunidad, las preguntas orientadoras se dirigen hacia si el problema causa o contribuye a: incapacidad temporal o permanente, muertes prematuras, años de vida perdidos, altos costos o si se presenta en poblaciones de mayor vulnerabilidad.
 - 3) *Viabilidad de la intervención*: En la valoración de este criterio se asigna 0,5 si el problema no puede ser intervenido, si se puede intervenir parcialmente se asigna el puntaje de 1 y si es viable realizar una intervención total se asigna 1.5.
 - 4) *Factibilidad de la intervención*: Finalmente se valora la factibilidad de la intervención por medio del método PEARL, en el cual se asigna un valor de 0 a 1 para cada criterio, estos son la pertinencia, la factibilidad económica, la aceptabilidad, la disponibilidad de recursos y la legalidad, Si al final alguno de los elementos presenta un valor de 0, se considera un problema de salud no factible de solucionar y por tanto se asigna 0 para este criterio.

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

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

En resumen, la metodología adoptada para la actualización del ASIS local se caracterizó por un enfoque participativo, el uso de herramientas analíticas cuantitativas y cualitativas, y una integración

de insumos sectoriales e intersectoriales que garantizaron un diagnóstico preciso para aportar a una planificación efectiva de acciones para mejorar la salud y el bienestar de la población.

CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

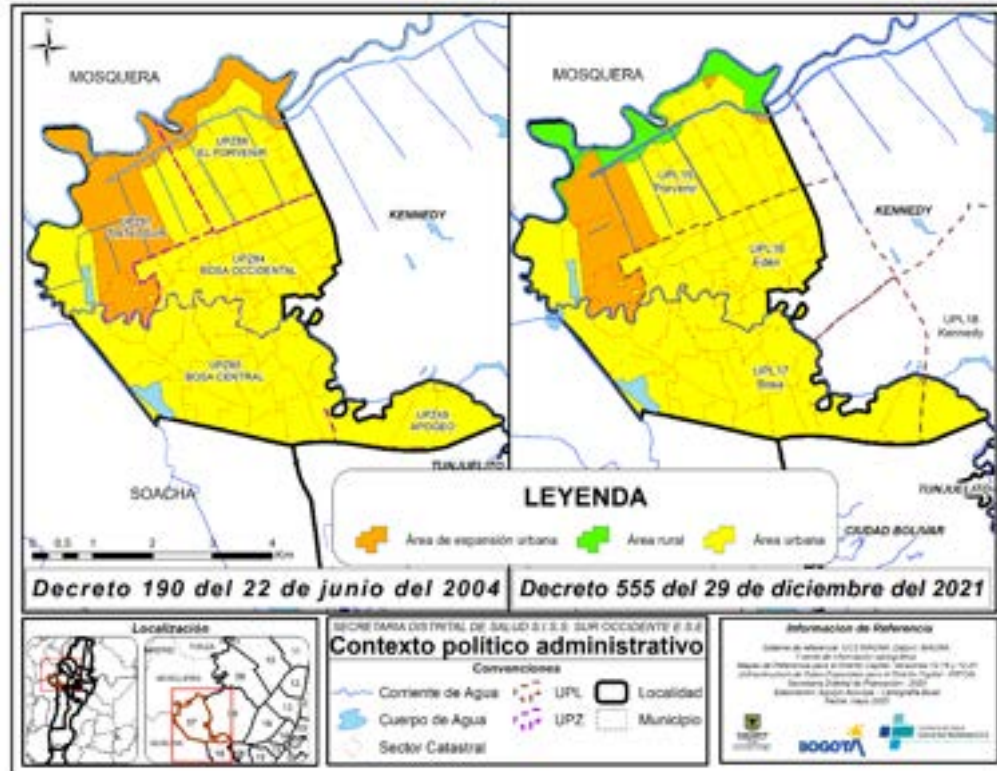
1.1. Contexto político administrativo

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

Una de las localidades que componen la Subred Sur Occidente es la localidad de Bosa, la cual está situada en el sector suroccidental de Bogotá, en el marco periférico del Distrito Capital, limita al Norte con el municipio de Mosquera teniendo como frontera natural el río Bogotá, al oriente limita con la localidad de Kennedy, desde el río Bogotá por la CL 49 Sur hasta la KR 85 prosiguiendo por esta hasta llegar a la AK 86 (ciudad de Cali) con CL 59 Sur, continuando al sur hasta el río Tunjuelito siguiendo por este hasta la DG 57 Sur. Al sur limita con la localidad de Ciudad Bolívar desde el río Tunjuelito con la DG 57 Sur y continuando hasta la CL 65 sur por toda la Autopista Sur y continuando luego por la KR 77 G hasta el Humedal Tibanica, limitando en este trayecto con el municipio de Soacha y limitando finalmente al occidente con este último municipio por el canal Tibanica y el río Tunjuelito hasta la desembocadura de este en el río Bogotá (ver Mapa 1).

Bosa tiene una extensión total de 23,933 km², está compuesta por 401 barrios comunes (5), 409 áreas urbanísticas, 300 barrios legalizados, 4 barrios con negación a su legalización, un barrio regularizado, 9 barrios en trámite de legalización, 2 barrios en proceso de regularización, 27 barrios en proceso de legalización y 73 sectores catastrales. En su división político-administrativa del anterior POT (6) estaba conformada por cinco UPZ: UPZ 86 Porvenir, UPZ 85 Bosa Central, UPZ 84 Bosa Occidental, UPZ 87 Tintal Sur y UPZ 49 Apogeo; en el actual POT (7) a la localidad la cubren 4 UPL: UPL 15 Porvenir, UPL 16 Edén, UPL 17 Bosa y UPL 18 Kennedy, teniendo todas como característica especial que se extienden más allá del límite de la localidad, por lo cual la localidad pierde su división político administrativa tradicional por UPZ y a su vez su límite general al traspasar a otra localidad por su división de UPL (8) (ver Mapa 1).

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



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2020 y 2024. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

Según la Ley 388 de 1991 artículo 31, el suelo urbano se define como “las áreas del territorio Distrital o municipal destinadas a usos urbanos por el POT que cuenten con infraestructuras viales y redes de energía, acueducto, alcantarillado y posibiliten su urbanización y edificación”. En Bogotá, existen tres tipos de suelo reglamentados: área de expansión urbana, área rural y área urbana; para la localidad séptima de Bosa, de acuerdo con el POT anterior tenía un área urbana y un área de expansión urbana con el actual POT tiene las 3 áreas, en donde se redelimita el suelo de expansión urbana y suelo de protección del Decreto 364 de 2013 comprendido entre el canal Cundinamarca hasta el río Bogotá y desde el límite con la localidad de Kennedy hasta el final del canal Cundinamarca pasa a ser área rural excepto por la ampliación a al suelo urbano en la UPZ 86 el Porvenir en el área delimitada para el patio taller de la primera línea del proyecto Metro (ver Mapa 1).

1.2. Condiciones ecológico – ambientales

Condiciones ecológicas

La Estructura ecológica principal, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 190 del 2004, en la localidad se encontraba que las Zona de Manejo y Preservación Ambiental coinciden con las rondas hidráulicas (Río Tunjuelo, Río Bogotá, Canal Cundinamarca, Canal Tintal III y Canal Santa Isabel) destacándose como las principales corrientes de agua de la localidad y se tenían como áreas protegidas los dos humedales y adicionalmente se contaba con los parques metropolitanos y zonales del sistema distrital de parques. Con el Decreto 555 del 2021 se mantienen las mismas áreas de protección, se retiran los parques urbanos y las zonas correspondientes a otros municipios, se

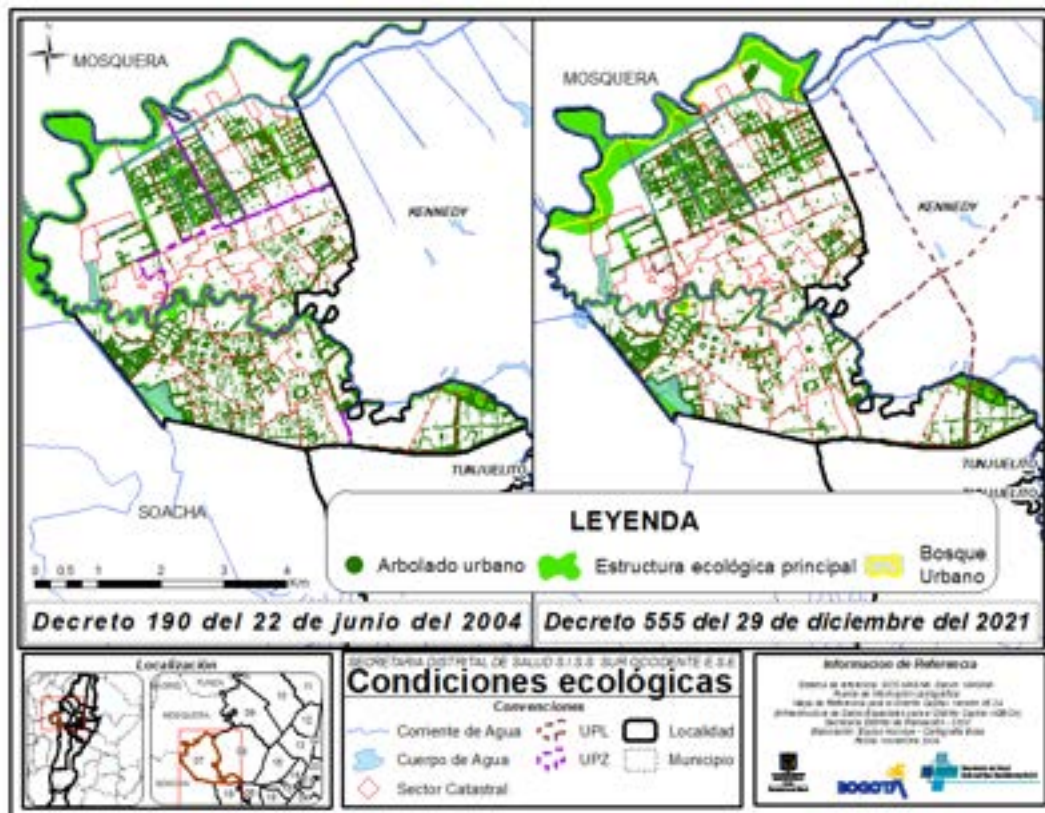
aumenta a las áreas protegidas de la ronda del río Bogotá y se agrega un nuevo humedal (Tingua Azul) compartido con la localidad de Kennedy (8) (ver Mapa 2).

El arbolado urbano para el año 2021 en la localidad era de 35.184 árboles los cuales incrementan a 45.757 individuos arbóreos a octubre del 2024; estos están distribuidos entre 220 diferentes especies con alturas desde los 0,7 metros hasta 38,06 metros con un promedio de altura para la localidad de 2,30 metros. Las primeras especies que se encuentran en la localidad en su orden son: Falso pimiento, Holly liso, Jazmín de la china, Chicalá, Chirlobrlo, Flor amarillo, Caucho sabanero, Jazmín del cabo, Laurel huesito, Ligustrum, Eugenia, Mangle de tierra fría y Sauco (8) (ver Mapa 2).

La mayoría de los árboles se encuentran en la UPZ 85 Bosa Central con 20.849, en la UPZ 86 Bosa El Porvenir 8.609, en la UPZ 87 Tintal Sur con 5.858 árboles, la UPZ 49 Apogeo con 5.534 y la UPZ 84 Bosa Occidental tiene 4.907 árboles. La mayor concentración de árboles se encuentra ubicada en los alrededores del humedal Tibanica y entre este y todo el trayecto de la quebrada Tibanica hasta la desembocadura en el río Tunjuelo; las otras concentraciones importantes están ubicadas así: la primera en el área del parque metropolitano ubicada en la UPZ 87 Tintal Sur y la segunda en el área del parque metropolitano Timiza (sector villa del rio) ubicado en la UPZ 49 Apogeo (8) (ver Mapa 2).

Adicionalmente con el nuevo POT se agregan los bosques urbanos como zonas destinadas a la siembra y reforestación con especies arbóreas nativas de la sabana de Bogotá, las cuales se ubican en dos lugares: la primera y de mayor extensión en la ronda del río Bogotá y en la ronda del río Tunjuelo.

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



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

Altitud y Relieve

En cuanto a la topografía, en su conjunto Bosa presenta un territorio plano formado por depósitos aluviales del Río Bogotá y Tunjuelo, con una altura promedio 2.548 metros sobre el nivel del mar – m.s.n.m.–, encontrando una altura máxima de 2.561 m.s.n.m., y una mínima de 2.535 m.s.n.m. De esta manera, se tienen las zonas de mayor elevación en la localidad, donde se encuentran la UPZ 49 Apogeo y la zona comercial de la UPZ 85 Bosa Central. Las zonas de elevación intermedia se ubican en las zonas residenciales más antiguas de la UPZ 85 Bosa Central y en toda la UPZ 84 Bosa Occidental, y las zonas de menor elevación en donde se encuentran las UPZ 86 Porvenir y 87 Tintal Sur (8).

Temperatura

El clima, la localidad presenta una temperatura promedio anual de 15°C –grados centígrados– para el año 2020, presentando una estabilidad con respecto a los 4 años previos. La precipitación anual acumulada para el año 2020 fue de 1.060 mm aumentando a tres cifras comparándolo con los dos años previos (8).

Condiciones ambientales

En esta sección, se describe la calidad del aire por medio del material particulado disperso en la atmosfera producido de forma natural o por actividades antrópicas y son mayores o iguales a 10 micras -PM₁₀-, y el material particulado con las mismas características, pero igual o inferior a 2,5 micras -PM_{2,5}-. Estas partículas diminutas (PM_{2,5}) pueden ser 100% respirables puesto que viajan profundamente en los pulmones, penetrando en el aparato respiratorio y depositándose en los alvéolos pulmonares, incluso pasar al torrente sanguíneo (9).

Según la Organización Panamericana de la Salud, la mala calidad del aire en América Latina y el Caribe, más de 100 millones de personas se exponen a la contaminación atmosférica, y de este dato calculan que anualmente fallecen alrededor de 35.000 por contaminación del aire urbano (9).

Las concentraciones de material particulado fino menor e igual a 2,5 micrones, cuyas fuentes de emisión van desde las combustiones de los vehículos, incendios forestales y algunos procesos industriales, no son aceptables para la localidad dado que el valor es de 20 µg/m³ al establecido como fijo (5 µg/m³ de media anual) por las directrices de la OMS (9) (ver Mapa 3).

En cuanto a las micropartículas (PM₁₀), particularmente para la localidad de Bosa, se evidencia una alta concentración de estas relacionadas con la dirección del viento, el cual en la ciudad se moviliza de nororiente a Sur Occidente, sumado a la movilización de transporte terrestre en vías principales (fuentes móviles) como son la Autopista Sur, Avenida Villavicencio, Avenida Bosa, Avenida Ciudad de Cali y Avenida Dagoberto Mejía Cifuentes; esto sumado a otros factores que generan emisiones como por ejemplo fábricas, mal estado de la malla vial, puntos críticos de residuos sólidos (fuentes fijas), explican la mala calidad del aire que hay principalmente en la zona oriental de la localidad (9).

Las concentraciones de material particulado grueso, mayor o igual a 10 micrones (PM₁₀), como lo son polvo, cenizas, hollín, partículas metálicas, cemento o polen, son regulares en toda la localidad dado que su valor está por 43 µg/m³ encima de los límites establecidos como fijo (15 µg/m³ de media

anual) por las directrices de la OMS, esto para gran parte de la localidad, empora en la zona oriental limítrofe con Kennedy por la CL 49 sur en donde los valores alcanzan un máximo de $47 \mu\text{g}/\text{m}^3$ y en las cercanías al humedal la Isla y la desembocadura del canal Tibanica en el río Tunjuelo se localiza la zona con menor concentración ($38 \mu\text{g}/\text{m}^3$) (ver Mapa 3).

Sin embargo, para ambos materiales particulados en la misma localidad se ubican puntos fijos de emisión por partes de industrias grandes y medianas ubicadas en las UPZ 49, 84 y 85 todas ellas cercanas a la ronda del río Tunjuelo como límite común de estas tres UPZ. Así mismo se debe tener en cuenta las vías principales que atraviesan y/o bordean la localidad (Autopista Sur, Avenida Villavicencio, Avenida Bosa, Avenida Tintal, Avenida Agoberto Mejía y Avenida Ciudad de Cali), las cuales se convertirían en zonas con puntos móviles de emisión dado que en ellas transitan gran cantidad de automotores emisores de estos materiales particulados.

Cómo indica Cárdenas, la presencia de contaminantes en el aire incide directamente en la salud de las personas, por esta razón las manifestaciones clínicas presentadas más frecuentemente son las enfermedades respiratorias asociadas con infecciones; pero también van a contribuir a la producción de enfermedad pulmonar crónica obstructiva –EPOC-, al cáncer del pulmón y a otras enfermedades no directamente relacionadas como es el caso de trastornos psiconeurológicos u otro tipo de cánceres. Además, el aumento en los casos de rinitis alérgica y exantemas. También puede afectar indicadores en salud como aumento en la mortalidad, incremento en la utilización de los servicios de salud, y el uso de fármacos (9).

El estudio realizado por Becerra D, et al, determinó que la percepción de incidencia de enfermedades respiratorias es significativamente mayor en personas que perciben la presencia de alguna fuente o molestia por contaminación atmosférica cerca de su lugar de vivienda. Siendo los mayores causantes de molestias, las fuentes móviles por transporte automotor pesado, polvo, ceniza, quema de basura y material particulado de vías y canchas sin pavimentar (9).

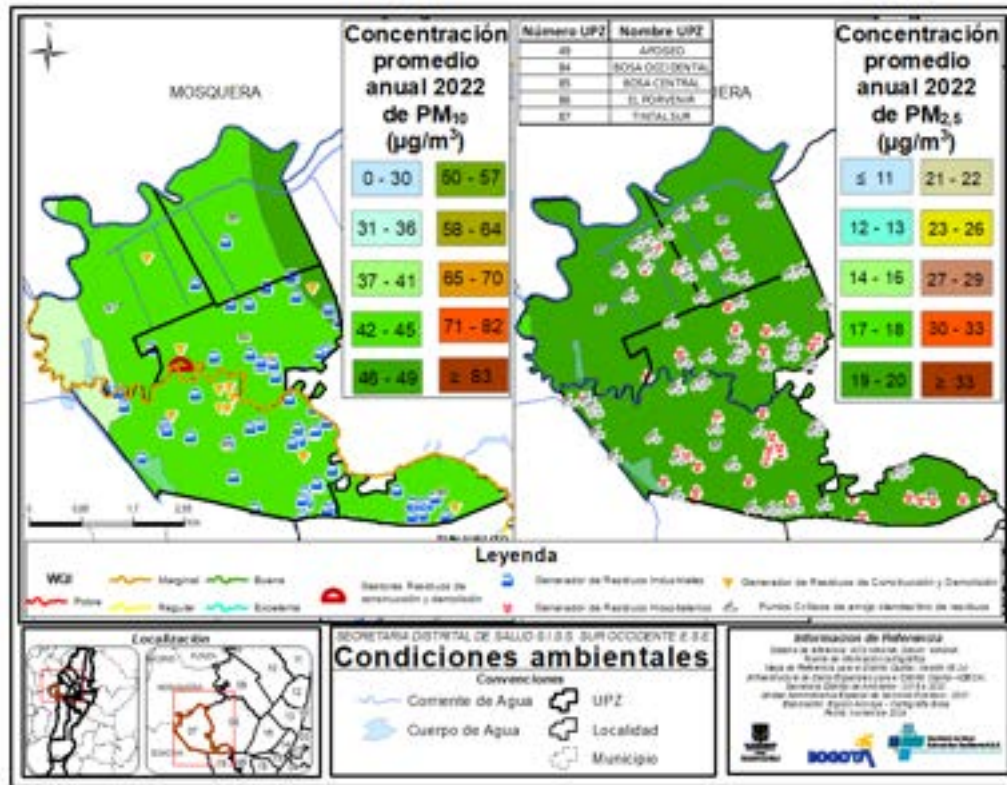
Dentro del marco teórico, en la investigación realizada por Barret, C. (10) la contaminación del aire, especialmente por material particulado es peligrosa para la salud humana, y afecta a toda la población, siendo los más vulnerables los menores de 5 años (primera infancia) y los mayores de 60 años (vejez). La relación de calidad del aire y su manifestación en enfermedades respiratorias y cardiovasculares, especialmente se produce en 4 patologías como son las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, bronquitis, asma, y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas EPOC. Estar expuesto a $\text{PM}_{2.5}$ por pocos días aumenta el riesgo relativo de padecer eventos cardiovasculares agudos entre 1 a 3%, tales como Infarto Agudo al Miocardio -IAM-, Accidente Cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, arritmias y muerte cardíaca (10).

La calidad del agua medida por el índice -WQI- para el tramo del río Tunjuelo contempla variables como: Coliformes Fecales, pH, grasas y aceites, entre otras, identifica que la carga contaminante de aguas arriba se acumula en este tramo (8). Por lo anterior implica al territorio una fuente de olores fuertes que pueden también generar enfermedades respiratorias, alergias en piel, implicaciones gastro-intestinales e intoxicaciones cuando se utiliza esta agua para el riego de cultivos de pan coger, en las zonas rivereñas a ambos ríos (ver Mapa 3).

Los puntos críticos de arrojo clandestino de residuos tienen un patrón definido en la localidad evidenciándose que, se realizan en zonas de la ronda del río Tunjuelo y los canales a cielo abierto, parques, separadores viales, reservas viales y en la periferia noroccidental de la localidad (8). Por lo anterior para el territorio la contaminación de residuos sólidos puede generar olores desagradables

para la comunidad y permiten la proliferación de insectos y roedores los cuales son vectores de transmisión de varias enfermedades zoonóticas (ver Mapa 3).

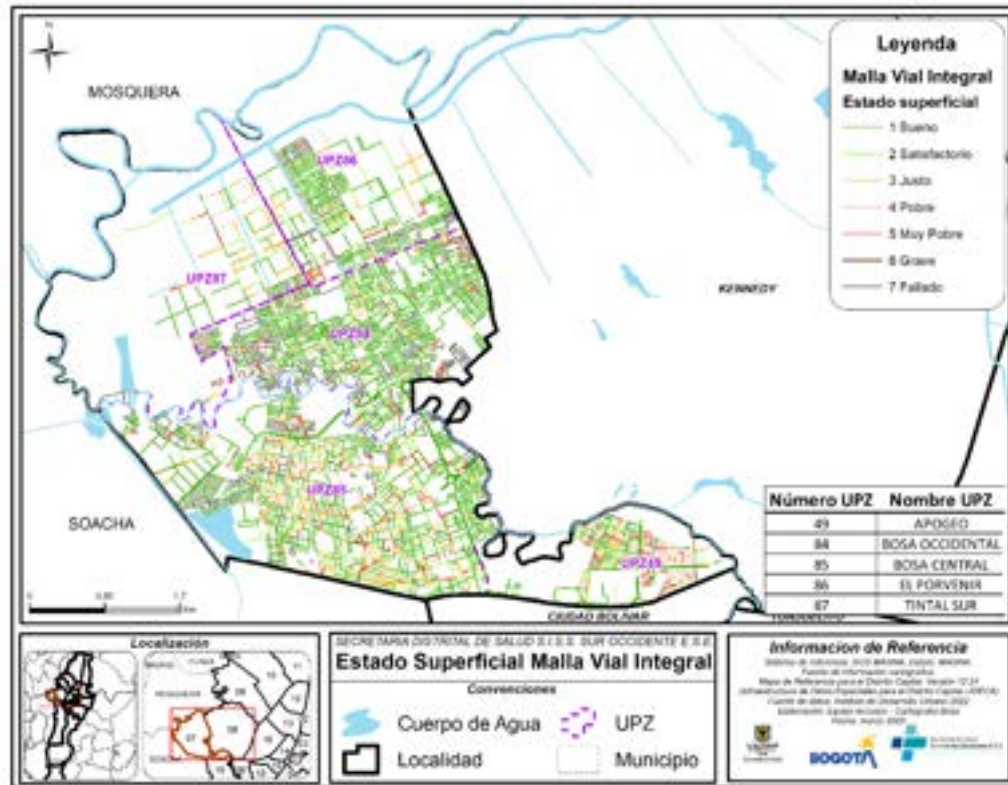
Mapa 3. Condiciones ambientales de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2022



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

El estado de la malla vial para la localidad indica que el 49,76% de su estado es bueno, siendo susceptible a pequeñas intervenciones; por su parte el 27,24% de esta requiere intervenciones de mayor área con mantenimiento de rutina, siendo estas correspondientes a los estados satisfactorio y justo con el 17,05% y el 10,19% respectivamente; mientras que el 23% de la malla vial requiere rehabilitación o reconstrucción. Este 23% de malla vial que requiere intervenciones más grandes es de principal interés en salud dado que por los estados de esta se encuentran vías que desprenden material particulado en el aire con el tránsito de automotores y por ende repercute en la calidad del aire que respiran las personas que viven, transitan y trabajan en cercanías de estas. El 23% se ubica en la localidad en zonas muy específicas de cada UPZ, pero se destaca la UPZ 84 Bosa Occidental donde se encuentran las principales concentraciones con estados grave y fallido. Sin embargo, el 75,93% restante de la malla vial también es de importancia para el sector salud, dado que estos estados son relacionados a la accidentabilidad vial por los baches y huecos que presentan en estas vías y también afectan la movilidad generando más tiempo de recorrido en un trayecto (8) (ver Mapa 4).

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



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

De acuerdo a la información de mapas Bogotá, respecto al ruido ambiental en la localidad evaluando las fuentes sonoras de tráfico aéreo, tráfico rodado y fuentes asociadas actividades industriales, comerciales y de servicios en decibelios ponderados – dB(A)– indican que entre los años 2018 a 2021 para la jornada ordinaria nocturna (lunes a sábado de 9:00 p.m. a 7:00 a.m.) la UPZ 49 Apogeo es la que presenta los mayores niveles de ruido que van desde los 50,1 dB(A) en el cementerio el Apogeo, sube a los 55,1 dB(A) hasta los 70 dB(A) en la zona residencial, en las vías cercanas a la autopista Sur, la misma autopista y a la avenida Villavicencio oscilan entre los 70,1 dB(A) y superaran los 80 dB(A) (8).

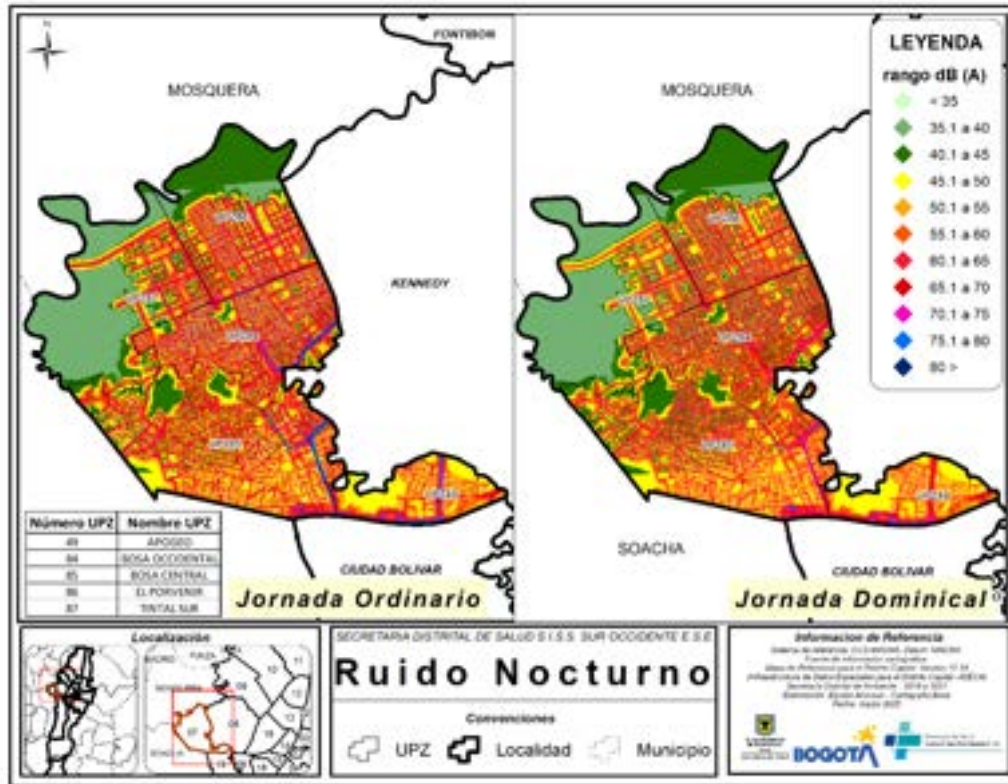
Las UPZ 85 Bosa Central y UPZ 84 Bosa Occidental presentan un comportamiento similar encontrando que en las zonas residenciales los dB(A) están desde los 45,1 a los 55, en las vías intermedias de la localidad y zonas comerciales desde los 50,1 a los 65 dB(A) y en las vías cercanas a la autopista Sur y las avenidas Dagoberto Mejía y Bosa en la UPZ 85 Bosa Central y en las vías cercanas a la avenida Ciudad de Cali en la UPZ 84 Bosa Occidental oscilan entre los 65,1 a los 75 dB(A) y en estas vías principales van desde los 75,1 y supera los 80 dB (8).

Las UPZ 86 El Porvenir y 87 Tintal Sur, también presentan una similitud entre ellas encontrando valores de ruido en las zonas residenciales desde los 45,1 a los 60 dB(A), de los 60,1 a 70 dB(A) en las vías; sin embargo, en las áreas no desarrolladas, por toda la rivera del canal Cundinamarca, en la zona de expansión urbana que va desde el cabildo Muisca, el colegio Kimi Pernía y el ingreso principal a parques de Bogotá hasta el humedal la Isla junto con toda la zona rural que va desde este humedal

hasta el río Bogotá presentan un valor de ruido desde los 40,1 a los 45 dB(A) y en toda la franja desde el canal Cundinamarca hasta el río Bogotá, incluyendo la zona de la desembocadura del río Fucha en el río Bogotá se presentaron los valores más bajos entre los 35,1 y los 40 dB(A); datos con base a la información cartográfica de mapas Bogotá (8).

Analizando la jornada dominical nocturna (domingo de 9:00 p.m. a 7:00 a.m.) se vio el mismo comportamiento en toda la localidad, pero en con valores de 10 dB(A) por debajo de la jornada ordinaria nocturna (8) (ver Mapa 5).

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



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

Riesgos naturales

El río Bogotá, presenta a cada lado jarillones construidos entre los años 1980-1981, diseñados para un período de retorno de 10 años, ya que el uso del suelo del sector era agrícola. Los sectores de los siguientes barrios aledaños al río Bogotá se encuentran en zona de amenaza alta por inundación: Osorio XXIII, Cañaveralejo, El Recuerdo, Ciudadela el Recreo, San Bernardino XXV, entre otros. El río Tunjuelo presenta las mismas características y para el control de inundaciones por su alta amenaza principalmente en los barrios aledaños al río Tunjuelo: San Bernardino XXII, San Bernardino XXIII, La Independencia, San Pedro, Bosa La Paz, entre otros; así mismo posee tres estructuras que regulan los caudales en la parte baja.

La localidad de Bosa se encuentra atravesada por el río Tunjuelo. En esta localidad, las principales zonas de amenaza de inundación coinciden con la distribución topográfica e hídrica de la localidad, encontrando que las UPZ 84 Bosa occidental, 87 Tintal Sur y 49 El Porvenir tienen una amenaza media

en la mayor parte de su área y un pequeño porcentaje con amenaza alta. El 67,5% del área total de la localidad de Bosa presenta algún nivel de amenaza por inundación, entendida esta proporción como 1.615 ha.

La localidad, presenta 3 zonas con suelo de protección por riesgo de remoción en masa e inundación establecidas por la Resolución 1482 de 2019 de la SDP, de las cuales dos están ubicadas en la ronda del río Tunjuelo en los barrios los Sauces y Getsemaní y la última zona, aunque no se ubica en ningún barrio con amenaza de inundación (barrio San Pablo I) posee las características de los predios y del suelo de la zona, que la clasifica como suelo de protección por riesgo.

1.3. Condiciones socio económicas

El análisis socioeconómico es fundamental para comprender el contexto en el que se desarrollan las condiciones de vida y salud de la población, aspectos como: el índice de necesidades básicas insatisfechas, índice de pobreza multidimensional, índice de GINI e ingreso per cápita, se convierten en determinantes sociales que influyen directamente en el bienestar y la calidad de vida de las comunidades. La interpretación de estos datos resulta clave para identificar inequidades, establecer prioridades y orientar las intervenciones de salud hacia una mayor equidad y efectividad en la respuesta a las necesidades locales (11).

Según la Encuesta Multipropósito de 2017, Bosa se posiciona en el sexto lugar entre las localidades de Bogotá con el mayor porcentaje de personas que enfrentan pobreza multidimensional, solo superada por Usme, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Santa Fe. Además, ocupa el tercer lugar en cuanto a menor gasto promedio mensual en arriendo, alimentos y mascotas, detrás de Usme y Ciudad Bolívar. También se encuentra en el segundo lugar con el porcentaje más bajo de personas que forman parte de alguna organización social, solo superada por San Cristóbal, siendo la mayoría de estas organizaciones de carácter religioso. En cuanto al uso del Transmilenio para ir a trabajar, Bosa está en el quinto lugar, después de Usme, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Antonio Nariño. Además, es la segunda localidad con más usuarios de bicicletas para ir al trabajo, solo detrás de Suba, y comparte con Usme el primer lugar en los mayores tiempos de desplazamiento promedio hacia el trabajo. (Secretaría Distrital de Salud, Comprensión territorial de la localidad de Bosa, 2023). (12)

La pobreza multidimensional en Bosa se manifiesta a través de la falta de acceso a servicios básicos, educación, salud y empleo; teniendo en cuenta que la localidad se encuentra por debajo de las coberturas de internet en cuanto al promedio de la ciudad que se ubica en 80,7% a nivel de coberturas de gas natural se encuentra en 98,8%, en coberturas de energía eléctrica 100% acueducto en 99,9% y alcantarillado 99,2%.

Estas situaciones ubican la localidad en el primer lugar junto a Tunjuelito, en el ordenamiento de las localidades con mayor cobertura de estos servicios a diferencia del servicio de internet. Con datos de 2019, el diagnóstico de la Secretaría de Planeación de Bogotá del año 2021 señala que la localidad cuenta con una cobertura del 99% en el servicio de alcantarillado sanitario; del 98 % en el servicio de alcantarillado pluvial (12).

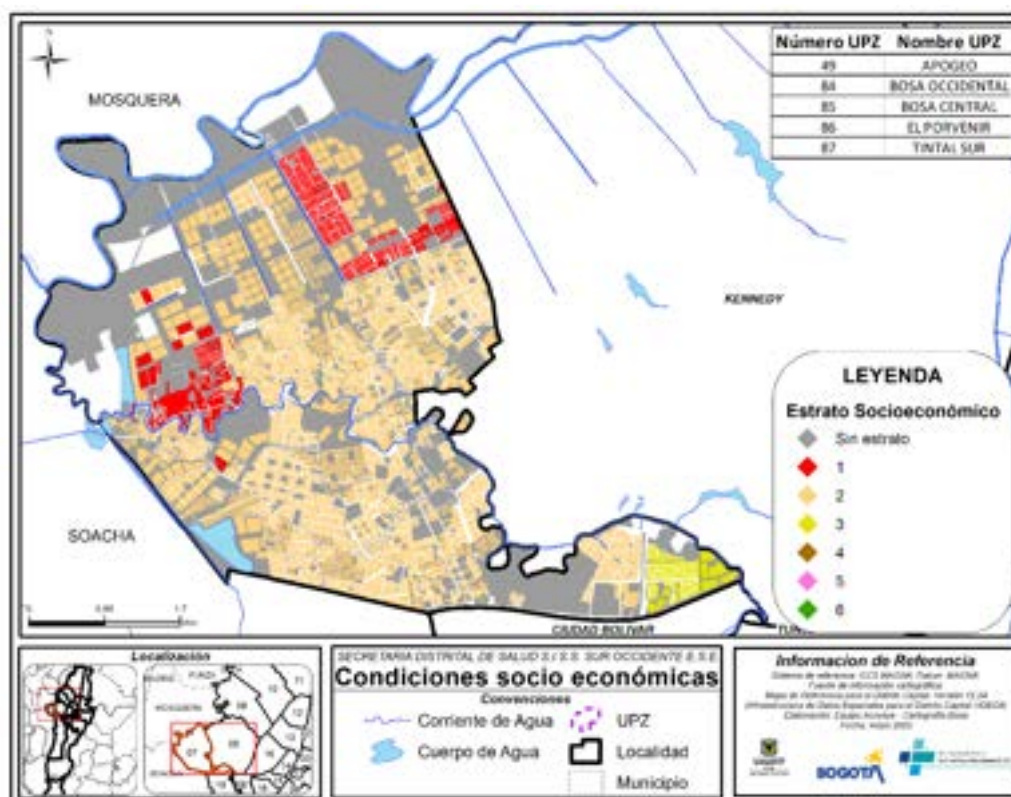
Estratificación socio económica

La estratificación socioeconómica es un sistema de categorización de las viviendas a través del cual se clasifica la población en distintos niveles económicos. Este sistema establecido por el

Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- clasifica la residencia en seis estratos (1 al 6), donde el estrato 1 corresponde a la población cuyos inmuebles carecen de condiciones estructurales óptimas y el 6 aquellas viviendas que cuentan con características más favorables. Vale la pena aclarar que esta clasificación no está basada en los ingresos personales o familiares. (13).

La mayoría de la población de la localidad reside en el estrato 2 con un porcentaje del 72,12% (449.561 unidades prediales), sin estrato se encuentran 14,24% (88.734 unidades prediales), en el estrato 1 se encuentran 10,18% (63.438 unidades prediales) y en el estrato 3 se encuentran 3,47% (21.607 unidades prediales) (8). (ver Mapa 6)

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



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

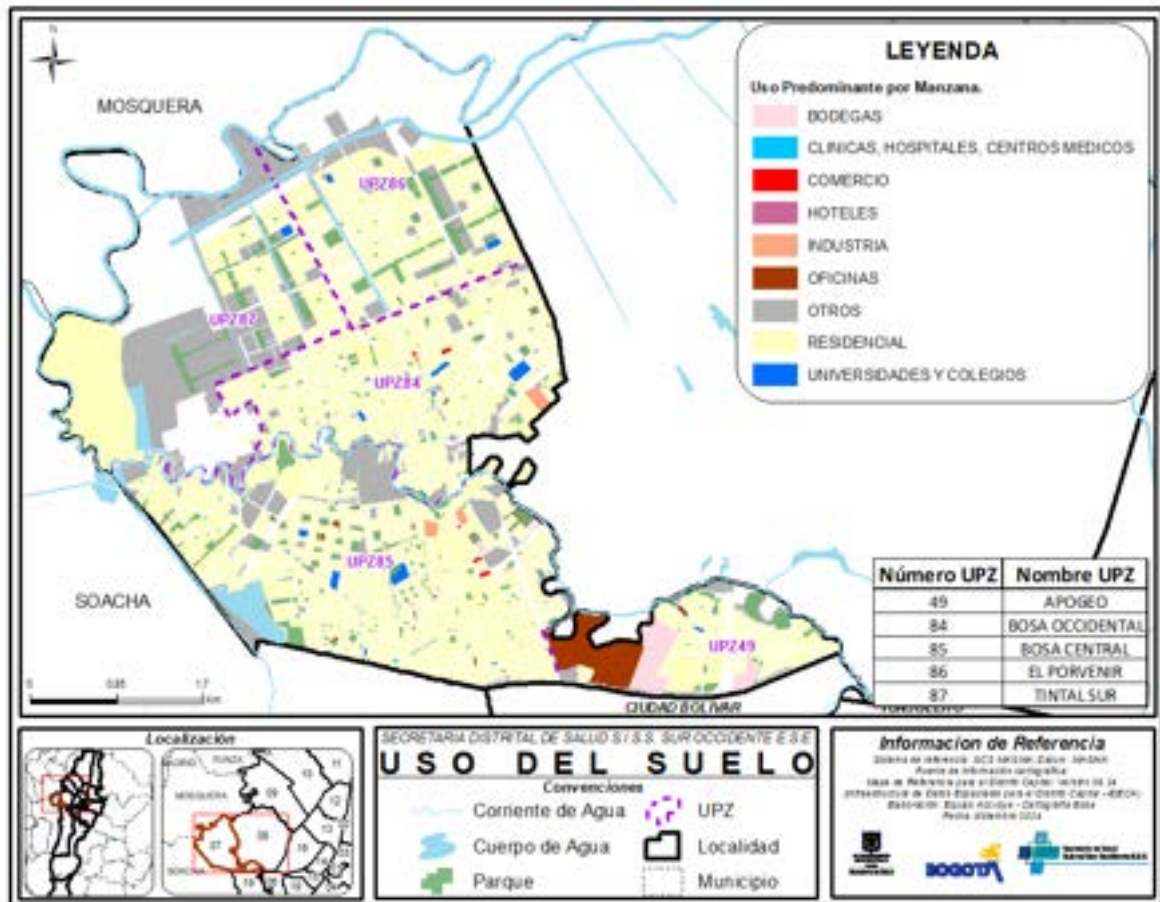
Como se puede observar en el anterior mapa las UPZ 84 Bosa Occidental y 85 Bosa Central son predominantemente de estrato 2, las UPZ 86 Porvenir y 87 Tintal Sur se dividen entre los estratos 1 y 2, mientras que la UPZ 49 Apogeo lo hace entre los estratos 2 y 3. Respecto a los predios sin estrato debido al uso de estos (cuerpos de agua, reserva vial, suelo protegido por ronda de río, parque, colegio, entidad gubernamental, transporte, industria, comercio, religioso e infraestructura eléctrica) se clasifican así, excepto los predios de uso residencial que se ubican en barrios no legalizados, en invasiones o inmersos en planes parciales de desarrollo (8). (ver Mapa 6)

Uso del suelo

La localidad se destaca por un uso residencial predominante en sus manzanas, sin embargo, hay zonas en toda localidad con corredores comerciales en donde se mezclan el uso residencial con el

comercial; zonas con otros usos que se espera cambien a uso residencial, excepto en las manzanas colindantes con el río Tunjuelo en la UPZ 49 y las ubicadas en las UPZ 86 y 87 entre el canal Cundinamarca y el río Bogotá que corresponden a zonas de protección de las rondas hidráulicas; hay manzanas con predominancia de uso industrial ubicadas en las UPZ 84 y 85; hay manzanas de predominancia de uso comercial en la UPZ 85 ubicadas en la zona comercial de mayor importancia de la localidad y en un corredor comercial de importancia secundaria; finalmente se destaca la UPZ 49 en donde encontramos manzanas con la clasificación de uso predominante de oficinas, bodegas y otras las cuales corresponden a el cementerio el Apogeo, el portal del sur, la terminal de transporte del sur y otras manzanas de diferentes empresas (ver Mapa 7) (8).

Mapa 7. Uso del suelo de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024



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

En la localidad desde 2015, se ha propiciado un aumento en la propiedad horizontal, con viviendas de interés social (VIS) y de interés prioritario (VIP) que han sido ocupadas mayoritariamente por población migrante, víctimas del conflicto armado y hogares encabezados por mujeres. Además, se ha fortalecido el equipamiento institucional con la construcción y operación del Centro Integral de Justicia en Campo Verde, el más grande del país en el ámbito judicial, que beneficia a más de 2,5 millones de personas, principalmente de las localidades de Bosa, Kennedy y Ciudad Bolívar. Este centro es un claro ejemplo de inversión en infraestructura que permite a los ciudadanos acceder de manera más efectiva a la justicia. Junto a esto se inauguró recientemente el Hospital de Bosa, que cuenta con una superficie construida de más de 30,000 metros cuadrados y una inversión que supera los 552,800 millones de pesos, beneficiando a 2,5 millones de personas y destacándose como uno de los más avanzados tecnológicamente en el país. (12).

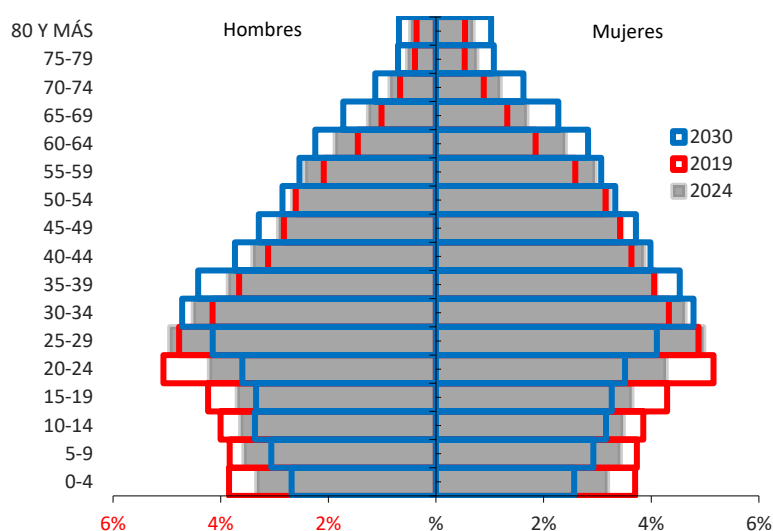
1.4. Estructuración poblacional y demográfica

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

Para el año 2024, según censo DANE 2018, la localidad de Bosa cuenta con 733.740 habitantes de los cuales el 48,1% (n=353.078) son hombres y el 51,9% (n=380.662) son mujeres. Esta población representa el 24,4% de la población de influencia de la Subred Sur Occidente y el 9,1% del Distrito Capital.

Estructura demográfica

Para el año 2019, la localidad de Bosa, presenta una forma característica de pirámide regresiva, pues se aprecia una reducción leve de la base de la pirámide, indicando descenso de la fecundidad, adicionalmente la estructura en los grupos jóvenes de edades productivas es amplia, y la cúspide es estrecha en adultos mayores. Para el año 2024, la pirámide continua siendo regresiva, sin embargo, es más notoria la reducción de los grupos jóvenes de la base junto a la natalidad, concentrándose la mayor parte de la población en las edades productivas (ensanchamiento de los grupos jóvenes y adolescentes) y aumentando la población desde los 55 años en adelante, y en la cima representada con una población madura más envejecida y con mayor expectativa de vida, (momento curso de vida persona mayor, 60 años y más) aunque no de forma marcada (ver Gráfica 1).

Gráfica 1. Pirámide poblacional localidad Bosa, años 2019, 2024, 2030

Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE - CNPV 2018

Según distribución por momentos de curso de vida para localidad de Bosa se observa mayor peso porcentual en Adultez con 44,0%, así mismo por sexo donde en hombres representa el 20,8% y mujeres el 23,2%, le sigue juventud con 19,4%, para hombres registra el 9,6% y mujeres el 9,8% (ver Tabla 1).

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

Momento de Curso de Vida	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	n	%	N	%
Primera Infancia (0 a 5 años)	29.611	4,0	28.301	3,9	57.912	7,9
Infancia (6 a 11 años)	31.627	4,3	30.353	4,1	61.980	8,4
Adolescencia (12 a 17 años)	32.402	4,4	30.971	4,2	63.373	8,6
Juventud (18 a 28 años)	70.526	9,6	71.558	9,8	142.084	19,4
Adultez (29 a 59 años)	152.441	20,8	170.138	23,2	322.579	44,0
Vejez (60 y más años)	36.471	5,0	49.341	6,7	85.812	11,7
TOTAL	353.078	48,1	380.662	51,9	733.740	100

Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE - CNPV 2018

Otros Indicadores de estructura demográfica

Esta serie de indicadores permite analizar la estructura poblacional por edades y en diferentes ámbitos territoriales, mostrando tendencias importantes en la dinámica demográfica. La relación hombres/mujeres mide la proporción entre hombres y mujeres. En 2019, por cada 93 hombres había 100 mujeres; en 2024, esta relación fue de 93 hombres por cada 100 mujeres, y para 2030 se proyecta que será de 93 hombres por cada 100 mujeres, mostrando una tendencia decreciente (ver Tabla 2).

La razón niños/mujeres representa la relación entre niños (0-4 años) y mujeres en edad fértil (15-49 años). En 2019, había 25 niños por cada 100 mujeres en edad fértil, disminuyendo a 23 en 2024. Se proyecta que este indicador se establezca en 19 niños por cada 100 mujeres para 2030, con una tendencia general de reducción (ver Tabla 2).

El índice de infancia refleja la proporción de menores de 15 años en la población total. En 2019, 23 de cada 100 personas eran menores de 15 años; en 2024, esta cifra bajó a 21, y para 2030 se espera se mantenga en 18, en concordancia con la disminución de la base de la pirámide poblacional (ver Tabla 2).

El índice de juventud mide la proporción de personas entre 15 y 29 años en la población total. En 2019, 28 de cada 100 personas pertenecían a este grupo etario; en 2024, fueron 26, y se proyecta que en 2030 esta cifra baje a 22, lo que coincide con el ensanchamiento de los grupos etarios centrales en la pirámide poblacional (ver Tabla 2).

El índice de vejez analiza la proporción de personas mayores de 65 años respecto a la población total. En 2019, 6 de cada 100 personas tenían más de 65 años; en 2024, esta cifra aumentó a 7, y se proyecta que alcance 10 en 2030, evidenciando un incremento progresivo de este grupo (ver Tabla 2).

El índice de envejecimiento expresa la relación entre la población mayor de 65 años y los niños y jóvenes. En 2019, por cada 100 niños y jóvenes había 25 personas mayores de 65 años; en 2024, esta relación aumentó a 36, y para 2030 se estima que llegue a 58, reflejando un cambio en la distribución poblacional hacia un envejecimiento progresivo (ver Tabla 2).

El índice demográfico de dependencia muestra la relación entre la población dependiente (menores de 15 años y mayores de 65) y la población económicamente activa (15 a 64 años). En 2019, por cada 100 personas económicamente activas había 40 dependientes; en 2024, esta cifra disminuyó a 38, para 2030 se proyecta que continúe en 38 (ver Tabla 2).

El índice de dependencia infantil analiza la relación entre la población menor de 15 años y la población económicamente activa. En 2019, había 32 menores de 15 años por cada 100 personas económicamente activas; en 2024, esta cifra se redujo a 28, y para 2030 se espera que baje a 24, debido a la disminución de la fecundidad y al aumento de la población activa (ver Tabla 2).

El índice de dependencia mayores mide la relación entre la población mayor de 65 años y la económicamente activa. En 2019, había 8 personas mayores de 65 años por cada 100 económicamente activas; en 2024, este valor aumentó a 10, y para 2030 se proyecta que llegue a 14 (ver Tabla 2).

El índice de Friz analiza el porcentaje de población menor de 20 años respecto al grupo de 30 a 49 años. En 2019, el índice fue de 107,9, lo que indicaba una población madura; en 2024, este índice disminuyó a 90,9, y se calcula que en 2030 sea de 73,4, mostrando un proceso activo de envejecimiento de la población (ver Tabla 2).

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

Índice Demográfico	Año		
	2019	2024	2030
Población total	707.173	733.740	756.477
Población Masculina	340.010	353.078	364.868
Población femenina	367.163	380.662	391.609

Índice Demográfico	Año		
	2019	2024	2030
Relación hombres: mujer	92,60	92,75	93
Razón niños: mujer	25	23	19
Índice de infancia	23	21	18
Índice de juventud	28	26	22
Índice de vejez	6	7	10
Índice de envejecimiento	25	36	58
Índice demográfico de dependencia	40,22	38,95	38,88
Índice de dependencia infantil	32,20	28,63	24,66
Índice de dependencia mayores	8,02	10,31	14,22
Índice de Friz	107,91	90,99	73,44

Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE - CNPV 2018

Dinámica demográfica

En 2012, la localidad tenía 646.887 habitantes, aumentando a 684.570 en 2017, lo que representa un incremento del 5,8%. Para 2022, la población alcanzó 726.293 habitantes, un incremento del 6% respecto a 2017 (ver Tabla 3).

La tasa bruta de natalidad -TBN-, nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, muestra una tendencia descendente, pasando de 13,8 en 2017 a 9,2 en 2022, una reducción de 4,6 puntos. La tasa bruta de mortalidad -TBM-, defunciones por cada 1.000 habitantes, se mantuvo estable entre 2012 y 2017, oscilando entre 2,9 y 3,2. Sin embargo, en 2022 aumentó a 3,7, el valor más alto del periodo (ver Tabla 3).

La tasa de crecimiento natural -TCN-, que refleja la diferencia entre natalidad y mortalidad, evidencia un crecimiento poblacional positivo en la localidad de Bosa, aunque en descenso, pues pasa de 13 en 2012 a 5 en 2022. Este crecimiento natural se debe principalmente al balance positivo entre nacimientos y defunciones, lo que caracteriza a la localidad como joven, en transición demográfica y con alta capacidad reproductiva (ver Tabla 3).

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

INDICADOR	2012	2017	2022
Proyecciones de población	646.887	684.570	726.293
Tasa de crecimiento poblacional (%)		5,8	6
Tasa de crecimiento natural	13	11	5
Tasa bruta de natalidad (TBN)	16,1	13,8	9,2
Tasa bruta de mortalidad (TBM)	2,9	3,1	3,7
Tasa global de fecundidad (TGF)	54,7	46,4	31,5

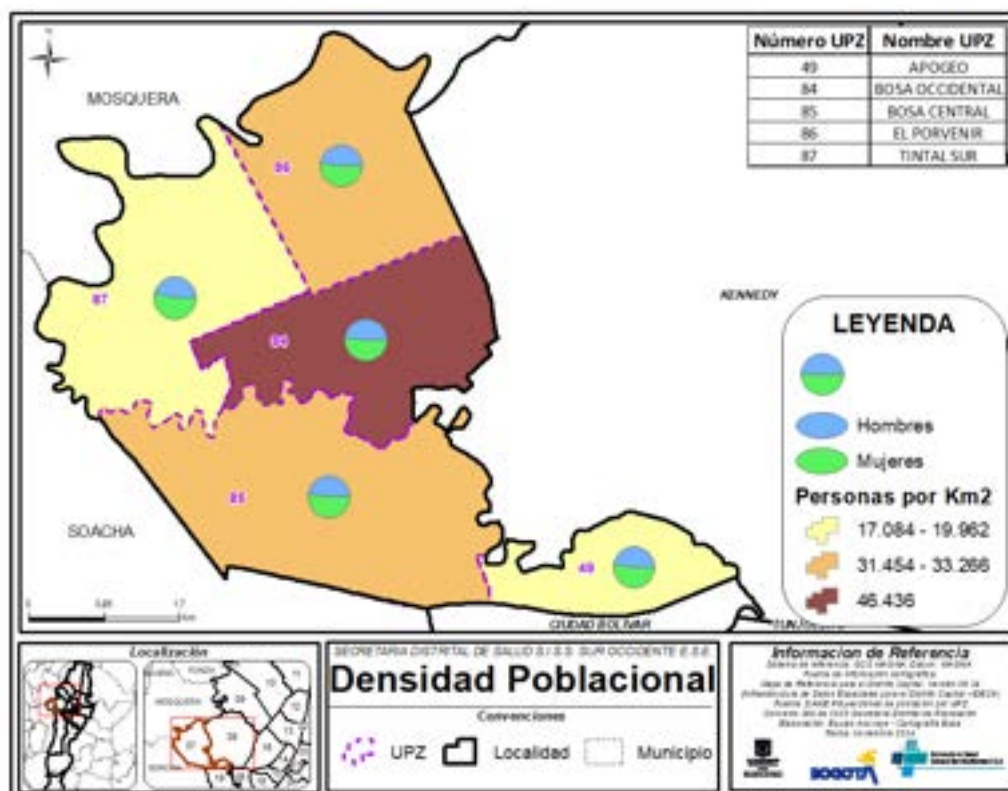
Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de Saludata indicadores demográficos localidades y Bogotá

Distribución Según área geográfica y territorios

Bosa tiene una extensión territorial de 23,9 km² y se calcula una densidad poblacional de 30.655 habitantes/km² para el año 2024. A nivel de las UPZ se encuentra que la UPZ 84 Bosa Occidental es la que presenta mayor densidad poblacional, con 46.436 habitantes/km², con una proporción de

27,2% de la población de la localidad. A continuación, se ubica la UPZ 85 Bosa Central con una densidad poblacional de 33.266 habitantes/km², aportando el 32,4% de la población de la localidad, luego está la UPZ 86 El Porvenir con una densidad poblacional de 31.454 habitantes/km² con el 19,8% de la población, la UPZ 87 Tintal Sur con una densidad poblacional de 19.962 habitantes/km² con el 15,7% de la población y la UPZ de menor densidad poblacional es el Apogeo con 17.084 habitantes/km² y una proporción poblacional del 4,9% (ver Mapa 8) (8).

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



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

Poblaciones Diferenciales

Población LGBTIQ+

Las siglas LGBTIQ+ se utilizan para describir a los diversos grupos de personas que no se ajustan a las nociones convencionales o tradicionales de los roles de género masculinos y femeninos. La sigla es una forma de agrupar no es fija y evoluciona rápidamente, en la medida en que emergen nuevas formas identitarias que incluyen a personas como a los Queers (14).

Para el 2017 la Secretaría Distrital de Planeación-SDP- identificó que en Bogotá había 52.704 personas del sector LGBTI con mayor participación de hombres país reconociendo a 25.073 dentro del mismo; por otro lado, el sector con menos representación son los hombres transgéneros, en el que se reconocieron 322 para todo el Distrito. Dentro de la misma caracterización se posiciona la localidad de Bosa como la tercera localidad de la subred respecto a la presencia del sector LGBTI con

una cantidad de 1.638 personas registradas, distribuidas de la siguiente forma; 280 personas lesbianas, 1.184 personas gays, 72 personas bisexuales, 87 mujeres trans y 15 hombres trans (14).

Por otra parte, la Encuesta Multipropósito 2017, refiere que en la ciudad se tiene la percepción de que las condiciones de igualdad de oportunidades para los sectores LGBTI han mejorado en un 24,9% respecto al 2014, en tanto un 35,6% percibe que siguen igual y 16,0% que han empeorado, hubo un 23,5% de personas que no saben. La percepción sobre oportunidades para los sectores LGBTI en la localidad de Bosa mejoró respecto al 2014, un 23,5% de los encuestados contestaron afirmativamente, el 37,6% percibe que las oportunidades para los sectores LGBTI siguen igual, mientras un 15,3% comentó que han empeorado y un 23,5% no (15).

Población en Situación de Habitanza en Calle

El término habitante de calle hace referencia a:

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

Para el 2017, según el censo de habitantes de calle realizado por el DANE, la localidad de Bosa ocupa el cuarto lugar con presencia de habitantes en condición de calle donde se registran 111 personas de las cuales el 63% corresponde a población masculina y el 37% para la femenina. De igual forma se identifica que el momento curso de vida que más registra esta condición corresponde a la población adulta entre los 28 y los 39 años (17).

Dentro de las principales afectaciones de salud se destaca que el 6,5% de la población censada manifiesta tener algún tipo de enfermedad crónica como VIH, tuberculosis, cáncer, diabetes, o hipertensión (que además es una de las más frecuentes), y un 26% manifiesta tener algún tipo de discapacidad.

En el año 2023 se realizó un ejercicio distrital con la población y se diseñó la *Encuesta de caracterización sobre calidad de vida, salud y enfermedad de población en situación de habitanza en calle en Bogotá*, la cual se aplicó durante las diferentes actividades como jornadas de autocuidado y recorridos de identificación de habitante de calle. Se aplicaron un total de 573 encuestas de población residente en el distrito, de las cuales el 6,1% (n=29) correspondió a la localidad de Bosa, el 82,8% de los encuestados fueron hombres, por grupos de edad la mayor proporción de la población se encontraba entre los 25 a 29 años y 30 a 34 años con el 20,6% respectivamente (18).

Actualmente el distrito cuenta con 13 centros para la atención de habitantes de calle o en riesgo de estarlo estos espacios están diseñados para brindar atención a necesidades básicas y de alimentación y ofrecer apoyo integral y apoya la búsqueda activa de oportunidades laborales e integración a la sociedad , estos centros son: hogar de día paso y noche-Bakatá; centro de atención transitorio; comunidades de vida, hogar El Camino; centro para el desarrollo de capacidades; hogar de paso Cr 35; enlace social; centro de alta dependencia funcional, física, mental o cognitiva La Mesa Cundinamarca; unidades de protección integral IDIPRON -centro Oasis 1 y 2, La Rioja; hogar de paso mujeres diversas; hogar de paso para habitantes de calle, carreteros y sus animales de compañía; hogar de paso Calle 18, hogar de paso noche y día Cr 13; comunidad de vida granja integral-Sasaima, Cundinamarca. esto se ve reforzado por el acompañamiento constante de la estrategia de la tropa social en territorio (19).

Víctimas de Conflicto Armado -VCA-

Según el Boletín Trimestral de Víctimas de Conflicto Armado con corte de julio a septiembre de 2024, se registraron en Bogotá 353.759 VCA (4,7% de la población total de la ciudad), lo que con respecto a las 383.441 registradas con corte marzo de 2024, representa un decrecimiento de 7.73%. Estos cuentan con un total de 424.998. hechos victimizantes, la mayor proporción fue el desplazamiento forzado con el 75,3% (n= 319.952), seguido por amenaza con el 9,2% (n= 39.139) y homicidio con el 8,5% (n=35.980). (20).

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

En cuanto a Bosa para el tercer trimestre del año 2024, registró un total de 35.137 VCA, ocupando el tercer puesto de las localidades de Bogotá con más Víctimas del conflicto Armado; la Pobreza Multidimensional para esta población a nivel local presenta un 8,50% y hay un total de VCA con metodología Sisbén IV del 65% (n= 25.335) (21).

Como se observa en el Informe de Inclusión de Víctimas y desmovilizados 2019, el conflicto armado que se ha vivido en el país durante décadas, perpetuó las condiciones para que hoy en día las víctimas y los desmovilizados continúen estando en desventaja frente al resto de la población en aspectos como la salud, los ingresos, la educación, y los derechos laborales, según la Unidad de Víctimas, el 40% de los hogares desplazados no generan ingresos, el 38% de la población víctima que se encuentra buscando trabajo, no reporta tener experiencia laboral; este porcentaje es mayor que el promedio de personas que buscan trabajo 34,1% (22).

El 9,7% de la población víctima mayor de 15 años es analfabeta mientras que el promedio nacional es de 5,7%, este porcentaje se incrementa para los mayores de 40 años donde asciende a 21% de la población, adicionalmente más del 65% de esta sufre algún trastorno mental, pero menos del 25% busca atención psicológica; de los cuales menos del 20% logra recibir ayuda a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- (22).

Población en condición de discapacidad

Según el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD- del MSPS y la Secretaría Distrital de Salud durante el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2020 y el 30 de junio de 2024 en la ciudad de Bogotá se reconocen 63.055 personas certificadas con discapacidad. En la localidad de Bosa hay 7.094 personas certificadas. En cuanto a la identidad de género la mayor proporción se auto reconoció como hombre con el 43,8% (n=3.108).

Según momento de curso de vida, 2.865 se encuentran en adultez, 1.190 seguido de Juventud y 274 en adolescencia, De acuerdo con el tipo de discapacidad se registró principalmente la discapacidad física con el 55,4% (n=3.936), seguida de intelectual con 42,9% (n=3.050). Respecto al origen de la discapacidad, el 48,1% (n=3.413) por enfermedad general, seguida de Alteración genética o hereditaria con 16,3% (n=1.159).

Bosa concentra el 13% de la población menor de 14 años con discapacidad de la ciudad y el 11,32% de la población adolescente. Sin embargo, al interior de la localidad, el grupo mayoritario son las personas mayores (11.436 personas mayores) (12)

Pueblos y comunidades étnicas

Para el año 2018, según CNPV 2018, se autorreconocieron 8.838 personas de la localidad dentro de algún grupo étnico, lo que equivale al 1,3% de la población de la localidad. En este grupo, el 51,2% (n=4.529) corresponde a mujeres y el 48,8% (n=4.309) corresponde a hombres.

El grupo étnico de mayor representación en la localidad es el afrocolombiano o afrodescendiente con el 73,5% (n=6.492), seguido del grupo étnico indígena con el 25,8% (n=2.276), y, en tercer lugar, se encuentra el grupo étnico raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia con el 0,4% (n=35). En menor peso porcentual se encuentran los Palenqueros de San Basilio (n=15) y Rrom (n=20), cada uno con el 0,2% (ver Tabla 4).

Tabla 4. Autorreconocimiento étnico, localidad de Bosa, año 2018

Autorreconocimiento Étnico	Mujeres	Hombres	Total	%
Palanquero de San Basilio	5	10	15	0,2%
Rrom (gitana)	11	9	20	0,2%
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	19	16	35	0,4%
Indígena	1.200	1.076	2.276	25,8%
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	3.294	3.198	6.492	73,5%
TOTAL	4.529	4.309	8.838	100%

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

Pueblos indígenas

A partir de los listados censales remitidos por el Consejo Consultivo Indígena de Bogotá, al mes de junio de 2022, se estimó una población de 21.609 personas con autorreconocimiento indígena a nivel distrital, distribuidos de manera dispersa en 19 de las 20 localidades de la ciudad. Su mayor número se concentra en las localidades de Suba (n=22,1 %) y Bosa (n=15,9 %); territorios donde se ubican actualmente los pueblos Muisca de Suba y Bosa, dado que son sus territorios originarios y ancestrales (23). Es importante destacar que el 32,8% (n=7.096) de los indígenas censados no registró información de residencia, por lo que no consiguió ser geolocalizado en las zonas del distrito. Esto supone un desafío en la recolección de datos realizada por los cabildos. (12)

Según el DANE, para el año 2018 para Bosa, según estadísticas de la Secretaría de Planeación Distrital -SPD- con proyecciones para el año 2019, cuenta con 776.363 habitantes, que equivale a un 10.8 % de la población total de Bogotá, diferenciados en un 51.2 % en mujeres y un 48.8 % en hombres. Para el año 2019, según la base censal del Cabildo Indígena Muisca de Bosa, se cuenta con una población total de 4.207 comuneros (24).

De acuerdo con el Censo del Cabildo Muisca de Bosa en el año 2019, existen 4.207 comuneros que habitan en Bogotá y corresponde al 0,54% de la población total de Bosa, de los cuales 626 son adoptados y hacen parte del Cabildo Muisca de Bosa (24).

La comunidad Muisca de Bosa se encuentra ubicada en la localidad VII de Bogotá, Bosa. Esta zona de la ciudad está caracterizada por ser de transición entre el campo y la ciudad, ya que el proceso de crecimiento espontáneo de la ciudad está urbanizando gradualmente las regiones rurales y semi rurales de la periferia. La mayor parte de los terrenos de la localidad de Bosa siguen siendo rurales, aunque están sometidos a una fuerte presión urbanística por la expansión de los barrios hacia el sur occidente y la construcción de nuevas vías para la ciudad de Bogotá. Estos territorios están ubicados en áreas ocupados por los antiguos resguardos coloniales, y actualmente lo conforman la vereda de San Bernardino y San José, que se localizan en el interior comprendido por la desembocadura del río Tunjuelito sobre el río Bogotá, lo mismo que los barrios aledaños de Villa Ema, San Bernardino, El Triunfo, El Potrerito y La Independencia, entre otros (25).

La comunidad indígena ha llevado a cabo diversas acciones populares contra la Alcaldía con el fin de impedir que las obras urbanísticas aprobadas agraven aún más los ecosistemas y para poder participar en las consultas previas de los planes parciales de vivienda proyectados para la región. Gracias a este esfuerzo, se logró negociar la modificación del Plan Parcial Edén-Descanso, lo que permitió recuperar los territorios que habían sido usurpados por terratenientes e ilegales, los cuales estaban amenazados por un plan parcial que urbanizaría la zona. «Históricamente, los muisca siempre hemos estado aquí. Fue la ciudad la que llegó a nosotros», expresa la gobernadora mientras recorre el barrio y reflexiona sobre lo que, durante años, ha sido el deseo de su pueblo: un territorio propio para preservar sus tradiciones. (12)

Desde el cabildo se vienen creando espacios para reconstruir su cultura (El Cusmuy, casa sagrada; el Jardín Uba Rhua, los grupos de trabajo de tejidos; huerta comunitaria chagra, entre otros). Todas estas actividades y formas de participación comunitaria se dan en un contexto cada vez más urbano, y representan formas de adaptarse y desarrollarse como cultura, como comunidad desde los espacios que hoy día les ofrece el gobierno para ejercer sus derechos a su cultura y territorio.

Un hecho muy significativo en la localidad es que la comunidad Muisca de Bosa lleva a cabo sus procesos de atención en salud a través de la medicina ancestral, estableciendo un espacio de encuentro y formación que promueve el conocimiento de la medicina desde la perspectiva espiritual Muisca. El Qusmhuy, que es la casa ceremonial y de aprendizaje de la comunidad, se erige como el principal lugar para este desarrollo. En segundo lugar, se encuentra la Casa de Medicina, donde se realizan las atenciones, se lleva a cabo la caracterización de los comuneros, así como valoraciones iniciales, sobos, masajes, terapias y limpiezas, entre otros servicios. Por último, se sitúa la huerta, donde se cultivan y utilizan las plantas del territorio. (12)

"El cabildo Muisca de Bosa cuenta con un centro de atención en medicina ancestral entendido como el espacio construido en lo físico y en lo espiritual, con la función albergar todas aquellas prácticas propias en la sanación del ser, la familia y la comunidad, está conformado por un grupo de médicos ancestrales, parteras, terapeutas tradicionales, empoderados en medicina ancestral y sabedores tradicionales. Atiende a toda la población indígena y no indígena que requieran un acompañamiento en medicina ancestral y partería, en busca de la sanación física y espiritual para un buen vivir. Desde los cuatro principios en la medicina ancestral, derecho mayor, cosmovisión, cosmogonía, ley de origen" (26).

Comunidades Negros Afrocolombianos, Raizales, Palenqueros -NARP-

En el Distrito, según la información suministrada para el año 2019 hay una representatividad importante de las comunidades Negras y Afrocolombianas con 8.350 individuos. Presentan una de pirámide poblacional con una base ancha frente a unos grupos superiores que se van reduciendo hasta terminar en forma de pico, lo que refleja una natalidad alta y una mortalidad progresiva según la edad; indicando una estructura de población eminente joven y con perspectivas de crecimiento, cual es positivo ya que refleja población productiva, mayor mano de obra para trabajar sin tener la carga del Estado con respecto a los adultos mayores. Hay mayor concentración poblacional en el rango de 25 a 29 años lo que representa el 12,3% (n=1.034) y en el rango de 20 a 24 con el 11,7% (n=974); con un predominio en la población de mujeres representada con el 58,2% (n=4.868) (27).

Del total registrado en las bases del censo de poblaciones Negras y Afrocolombianas suministradas por la Secretaría Distrital de Salud para el año 2019, se evidencia que el 41,7% (n=3.482) de la población corresponde a hombres, observándose mayor concentración en niños en edades entre los 0 y 4 años con el 13,7%, seguido de hombres entre 5 y 9 años, que corresponde al 13,0% del total observado. Mientras que las mujeres corresponden al 58,2% (n=4.868), destacándose con mayor proporción en edades entre los 25 y 29 años con el 13,1% (27).

De acuerdo con los resultados de la EMP 2021, 52.320 personas se autorreconocen como población negra afrocolombiana residente en la ciudad de Bogotá, de los cuales el 14,3% (n= 7.468) residen en la localidad de Bosa, y se ubican principalmente en la UPZ Bosa Occidental 4,4 % (n= 2312), El Porvenir 3,9 % (n= 2037), Bosa Central 3,9 % (n= 2014) y Tintal Sur 1,5 % (n= 769) (28).

Esta comunidad se encuentra principalmente en las UPZ 86 Porvenir y UPZ 87 Tintal Sur. También se destaca que “los afrodescendientes han establecido vínculos con los pueblos indígenas, promoviendo la defensa de sus derechos y la preservación de sus culturas. Estas alianzas son fundamentales para enfrentar desafíos comunes y fortalecer la identidad colectiva, creando espacios de diálogo y apoyo mutuo en diversas comunidades, como se evidencia en el barrio San Bernardino”. (12).

Población Migrante

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

Como señala Migración Colombia para 2020, Bogotá es la principal ciudad con población procedente de Venezuela (n=1.742.927), seguida de Barranquilla, Cúcuta, Medellín, Cali y Cartagena, que albergan un poco más del 40% del total de los venezolanos que estarían radicados en el país. Las dinámicas de movilidad en Bogotá han tenido variaciones debido al aumento del flujo migratorio siendo los años 2017 y 2018 los que presentan mayor registro (29).

Localidades como Bosa, Kennedy y Ciudad Bolívar presentan un aumento de la migración y desplazamiento de estas familias hacia diferentes sectores de cada una de las tres localidades, incidiendo en los factores asociados a vulnerabilidad social, no solo para quienes llegan a estas zonas

en búsqueda de una alternativa de vida a través de la economía informal, sino también para los pobladores históricos de estas localidades, teniendo en cuenta que las problemáticas de desempleo e invasión de lotes, genera una serie de conflictos entre la población migrante y los ya establecidos en los territorios. A esto se le suma el hecho de que la vulnerabilidad económica de la población migrante facilita en ocasiones su vinculación en las dinámicas de los grupos armados ilegales, principalmente en términos de expendio de estupefacientes, de armas y la permanente utilización de niños, niñas, adolescentes (NNA) y jóvenes al interior de la organización de bandas, pandillas y redes de criminalidad organizada (12).

Dentro de este auge migratorio la localidad de Bosa ha sido uno de los principales sitios de residencia de población migrante, su ubicación sobre la vía exprés No. 40; Bogotá-Girardot y su cercanía colindante al municipio de Soacha, convierte a la localidad en un paso obligado de los migrantes permanentes y temporales a la capital, lo cual, implica que un proceso de promoción de la legalidad y la convivencia ciudadana es necesario, no sólo para atender las necesidades de los residentes permanentes, sino también para buscar ambientar a la población flotante (30).

De acuerdo con la Caracterización de la población migrante realizada por la SDP, para el año 2017 el porcentaje de migrantes en la localidad de Bosa representaba un 7,1% el cual aumentó para el año 2021 en 1,4%, representando para este año esta población en 8,5% (31).

1.5. Acceso a servicios y bienes

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

La localidad de Bosa cuenta con un total de 515,82 kilómetros carril en vías de diferentes tipologías. El POT de Bogotá, establece que el sistema vial de Bogotá se clasifica en las siguientes clases: Malla vial arterial, Malla vial intermedia, Malla vial local, Malla vial peatonal y Malla vial rural. En la localidad de Bosa se encuentran vías como Malla vial arterial, Malla vial intermedia y Malla vial local; así mismo, se encuentran avenidas principales pertenecientes a la malla vial arterial tales como AK 89 B o avenida Tintal, AK 80 o avenida Dagoberto Mejía Cifuentes, CL 59 sur o Avenida Bosa, AK 86 o avenida Ciudad de Cali, AK 71 B o Avenida Ciudad de Villavicencio y la Autopista Sur (8).

Acceso a servicios y bienes

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

La localidad cuenta con 485 paraderos que le dan acceso a la población a 21 rutas del SITP, una trocal de Transmilenio por la Autopista Sur con 1 portal, 2 estaciones en su frontera con la localidad de

Ciudad Bolívar, 1 estación en Ciudad Bolívar a la que puede acceder la población del barrio Villa del Río en la UPZ Apogeo y una estación en el municipio de Soacha a la que puede acceder la población de los barrios San Pablo I, II y Pablo VI en la UPZ 85 Bosa Central, el resto de población de esta UPZ y de la UPZ 49 Apogeo accede a la troncal de Transmilenio a través de 4 rutas alimentadoras (3 para la UPZ 85 y 1 para la UPZ 49).

La población de las UPZ 84 Bosa Occidental, 86 El Porvenir y 87 Tintal Sur acceden a la troncal de Transmilenio de las Américas por medio de 3 rutas alimentadoras que conectan con el portal Américas; sin embargo, las UPZ 84 y 85 tendrán acceso a esta troncal con la extensión de esta troncal por la Avenida Ciudad de Cali con 5 nuevas estaciones las cuales ya se encuentran en la etapa final de construcción.

El metro de Bogotá que se encuentra en construcción para la primera línea no tendrá acceso a ninguna estación en la localidad, únicamente contará con el patio taller en la UPZ 86 El Porvenir.

La red de ciclorrutas en la localidad permite una conexión local e inter local en dirección a los cuatro puntos cardinales.

La red férrea de la localidad cuenta únicamente con una línea que va desde la Avenida Villavicencio con Autopista Sur por toda la frontera con la localidad de Ciudad Bolívar hasta el río Tunjuelo donde cruza a la localidad de Kennedy., sin embargo, esta no se encuentra en uso actualmente.

Oferta de servicios y bienes

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

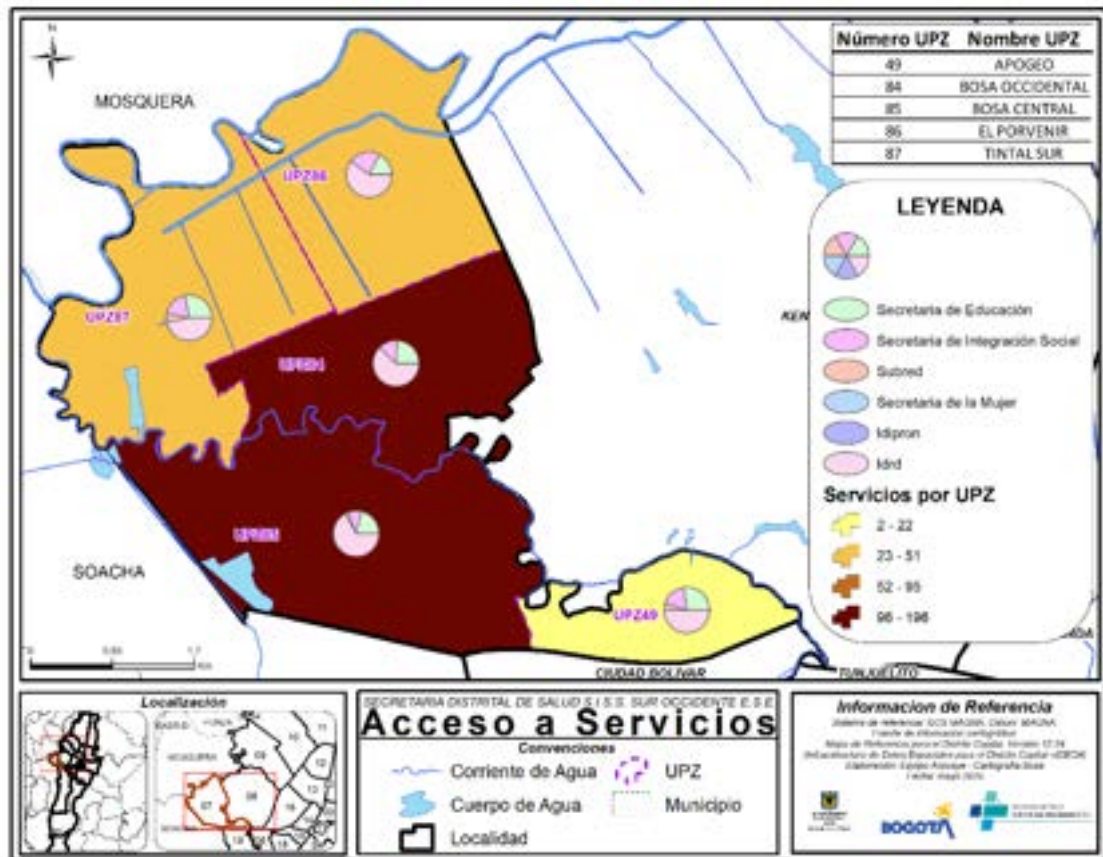
La plataforma de servicios de cuidado y sociales de la localidad está conformada en primer lugar por los Centros de Salud y Hospitales de la red pública de salud pertenecientes a la Subred Sur Occidente, las sedes que ofertan servicios de salud en la localidad están distribuidas así: un hospital en la UPZ 87 Tintal Sur y 6 Centros de Salud de los cuales 4 se localizan en la UPZ 85 Bosa Central, 1 en la UPZ Bosa Occidental y 1 en la UPZ Apogeo; adicionalmente la distancia promedio entre sedes en auto de 3,5 Km y a pie es de 3 Km, con solamente 2 sedes que están por debajo de 1 Km permitiendo una accesibilidad universal peatonal a la población cercana a estas sedes (32). Así mismo en esta plataforma de servicios de cuidado y sociales se tienen también a las Manzanas del Cuidado, las cuales permiten un acceso a la población residente a 800 metros del equipamiento ancla a la oferta de servicios que se proporcionan desde este punto o en otros equipamientos que se encuentren en el radio de 800 metros del equipamiento ancla; la localidad de Bosa cuenta con 2 manzanas del cuidado ubicadas en las UPZ 86 El Porvenir y 87 Tintal Sur y cuyos equipamientos ancla son CDC El Porvenir y Centro Integral de Justicia Campo Verde, respectivamente (8) (ver Mapa 9).

Al igual que la oferta de servicios de salud pública de la Subred Sur Occidente, la oferta de bienes y servicios públicos y privados se concentra en la UPZ 85 Bosa Central, sin embargo, hay zonas destacadas en la UPZ 84 Bosa Occidental (La Libertad y Brasil) que permiten acceso a bienes y servicios a las UPZ 86 El Porvenir y 87 Tintal Sur que no se encuentran en estas zonas. Por su parte la UPZ 49 Apogeo para los bienes y servicios que no estén en su ubicación la población se desplaza hacia la UPZ 85 o a otras localidades cercanas (Ciudad Bolívar y Kennedy).

Parques Urbanos

Los parques urbanos son espacios que mejoran la calidad de vida, funcionan como pulmones en el territorio y ayudan a regular la calidad del aire; tienen valor ambiental, social, cultural, histórico y dan valor económico en sus alrededores. De acuerdo con la información de IDECA (8) en la localidad se encuentran 254 parques pertenecientes al sistema distrital de parques la localidad, siendo las UPZ 85 Bosa Central y 84 Bosa Occidental, las que mayor cantidad de parques presentan; se destacan en la localidad los parques el Recreo, del río (San José de Maryland), Urbanización La Esperanza, Tibanica, Naranjos, Clarelandia y Palestina (ver Mapa 9).

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



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

Concluyendo este primer capítulo, la localidad de Bosa posee potencialidades relacionadas con su ubicación geográfica, dentro de las cuales se destacan los tres tipos de 3 suelos (área urbana, rural y de expansión); sin embargo, presenta algunas problemáticas ambientales relacionadas con la existencia de puntos de arrojado clandestino de residuos sólidos, específicamente en el río Tunjuelo, los cuales pueden favorecer la propagación de vectores y de enfermedades.

En términos poblacionales para el 2024, Bosa muestra una distribución similar por sexo predominando las mujeres, además posee una mayor proporción de individuos en edades entre 20 y 59 años, es decir en los cursos de vida de juventud y adultez. La localidad, muestra una reducción en los indicadores de natalidad y fecundidad, en contraste con un incremento tanto de los índices de

dependencia en población mayor de 65 años como de la población joven en edad productiva, lo cual sugiere en términos generales, que la población de la localidad está envejeciendo y que, al tener la tasa de crecimiento natural en descenso, no es posible garantizar el reemplazo generacional de la población.

Finalmente, Bosa se destaca por tener presencia de una variedad de poblaciones diferenciales, dentro de las cuales se destacan la comunidad LGBTIQ+, la población en situación de habitanza en calle, población con discapacidad, víctima del conflicto armado, migrantes, NARP y la comunidad indígena Muisca, vale la pena resaltar que esta última, se destaca del resto debido a la presencia del Cabildo Muisca y el Resguardo de Bosa, ubicado en la UPZ 87 Tintal Sur los cuales les permiten mantener sus prácticas tradicionales y cosmologías.

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

Procesos económicos

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

La OMS define los determinantes sociales de la salud -DSS- como *"las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana"* (33). Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Estas condiciones, pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, considerándose como inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad (34).

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

2.1. Dimensión socio económica

Conflicto estructural

Las ideas del desarrollo nacen con los modelos económicos que proponen las sociedades capitalistas - neoliberales¹, donde se estimula el crecimiento de tecnologías y conocimientos científicos. Bogotá como una ciudad en vías del desarrollo, adopta discursos y modelos que garanticen el acceso a las ventajas del mundo moderno: Tecnología, medicina, educación. Son sociedades en la búsqueda de logros particulares, privados e individuales. Las perspectivas del desarrollo son unos procesos de expansión de la libertad individual, que permiten a las personas vivir el tipo de vida que merecen, y por las cuales se administran los territorios y poblaciones que habiten allí. Esto implica que, dentro de las dinámicas propuestas por las ideas del desarrollo, se han adoptado unos modelos de construcción social y por tanto la reproducción de ciertos hábitos de vida y discursos que determinan en cierta manera lo que puede ser pensado, o considerado como posible. Se homogenizan las ideas, pensamientos y discursos y, por tanto, suprimen estructuralmente otras formas de vida social.

Desde la perspectiva de Amartya Sen la *libertad* la define como la capacidad de los individuos de vivir bien y lograr sus objetivos, los cuales están regidas bajo un conjunto de condiciones y oportunidades. *La libertad* es el fin y medio para el desarrollo, por eso los Estados buscan garantizar dichas condiciones de vida, incluso, por encima de lo normativamente establecido; el papel institucional permea la libertad política del sector productivo donde se permita el progreso económico para lograr los objetivos particulares, privados e individuales (35); es decir que buscan reducir las brechas sociales para superar los diferentes estadios de pobreza que afectan a la sociedad, clasificados en *Absoluta* en casos donde es no se pueden cubrir las necesidades básicas como alimentación, agua potable, vivienda o salud, *Material*, en aquellas situaciones en las cuales los ingresos son suficientes para cubrir necesidades básicas, pero insuficientes para cubrir emergencias o eventualidades. La pobreza *Relativa* hace referencia a la carencia de recursos en comparación con el nivel de vida e ingresos medio de la sociedad (35).

Por tanto, garantizar las condiciones de vida bajo los estándares del desarrollo, son un reto estructural que generan ciertas paradojas y contradicciones que de fondo son un problema en sí mismo, ya que, se reproducen sociedades disimiles, desiguales e inequitativas. Las personas y sociedades se categorizan a partir de sus capacidades individuales y sus libertades de adquirir y acceder a bienes básicos de consumo para sostenerse materialmente y garantizar las condiciones de vida que todas las personas merecen. Por ello, la pobreza es una consecuencia inevitable del modelo de sociedad en el que vivimos y que, comprendida, como se mencionó anteriormente, desde una perspectiva basada en indicadores de consumo: capacidad de compra y consumo, ingresos y bienes; la pobreza repercute directamente sobre el acceso a la vivienda digna, los servicios, la educación, el transporte y otros factores vitales para la salud y el bienestar generales. De hecho, la pobreza es posiblemente el determinante individual más importante de la salud (34).

Como se comprenderá en este acápite, el acceso a la salud de calidad depende de ciertas condiciones estructurales que tienen que ver con determinines sociales que afectan directamente cierta población en ciertos territorios. En otras palabras, se comprenderán las inequidades sociales en términos de afectación a la calidad de vida y la salud de la población.

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

Los determinantes estructurales son aquellos que generan o refuerzan la estratificación en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual. En el marco conceptual de la Comisión de la OMS Sobre Determinantes Sociales de la Salud -CDSS- se identifican la posición social y el contexto sociopolítico y económico. La sociedad está dividida en estratos o clases sociales, en función de una distribución jerárquica del poder, del acceso a los recursos (dinero) y del prestigio entre los individuos que la componen, más conocidos como estratificadores o status sociales (36). Para este acápite se realizará un análisis de la posición socioeconómica basada en: 1) Ingresos; 2) educación; 3) ocupación. Los Ingresos y educación son variables que se pueden considerar como resultado del propio proceso de estratificación social, mientras que la ocupación es el indicador más próximo a esa estratificación. En este sentido, a continuación, se realizará un análisis de dichas categorías para comprender de qué manera se ve afectada la salud en la localidad de Bosa por su posición socioeconómica.

Indicadores del mercado laboral

Cómo se ha mencionado anteriormente, la posición socioeconómica –PSE- está asociada al acceso y a la utilización de los servicios sanitarios. Las condiciones de empleo y trabajo, como un determinante social de la salud, contribuyen en gran medida al desarrollo de las desigualdades sociales en salud entre la población adulta (36).

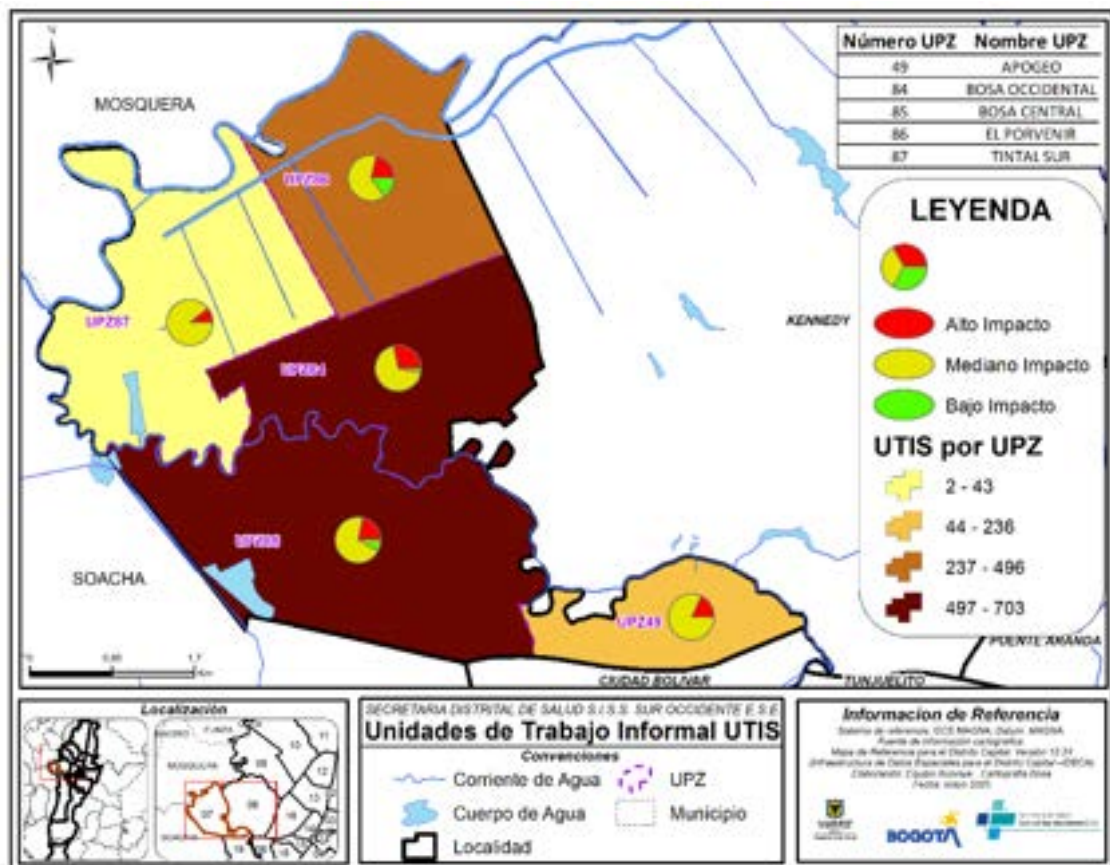
La tasa global de participación -TGP- representa el porcentaje de la población económicamente activa -PEA- que participa en el mercado laboral, ya sea trabajando o buscando empleo. Para la localidad de Bosa, la TGP en el 2021 fue de 60,3% encontrándose por debajo de la distrital (63,7%) y ubicándose en la posición 7, esta tasa fue más alta en hombres que en mujeres (para todas las localidades) (37).

La tasa de ocupación -TO- es otro de los principales indicadores del mercado laboral. Se obtiene relacionando el porcentaje de la población ocupada y el número de personas que integran la población en edad de trabajar -PET-. Según la encuesta multipropósito del año 2021, para la localidad de Bosa registró una tasa de ocupación de 49,2% presentando una disminución de 9,1% respecto al 2017 (58,3%) (ver anexo 1).

Por otra parte, Bosa para el 2021 registró una tasa de desempleo de 18,5% presentando un aumento de 9,9 p.p. respecto al 2017 (8,6%); cabe resaltar que para el 2021, esta localidad, se encuentra por encima de la estadística reportada a nivel distrital (13,2%) y se ubicó en la posición 7 (37).

A través del Entorno Cuidador Laboral, se realiza una vigilancia y categorización de las Unidades de Trabajo Informal -UTIS- de acuerdo con los riesgos que el desarrollo de las actividades involucra para los trabajadores y el entorno. Las UTIS de alto impacto, son aquellas en las que los trabajadores se encuentran en contacto con sustancias químicas, las de mediano impacto son aquellas en las que se realizan procesos para la transformación de materia prima o prestación de servicios y las de bajo impacto son aquellas en las que se realizan venta o prestación de servicios en la calle. En la localidad de Bosa en los años 2023 ca 2024 las UTIS de alto impacto se ubicaron principalmente en las vías principales de las 5 UPZ y al interior de estas en vías intermedias de acceso a los barrios de mayor concentración comercial, siendo la UPZ 84 la de mayor concentración; las UTIS de mediano impacto tienen una distribución en las vías intermedias de ingreso a los barrios donde hay una concentración de actividad comercial, la concentración es muy similar en 4 UPZ (49 y 84,85 y 86), pero en menor proporción en la UPZ 87 en donde solamente se ubican en la vía de acceso principal a la Ciudadela el Recreo; por ultimo las UTIS de bajo impacto se encuentran más dispersas y en menor proporción a las dos anteriores, pero con el mismo patrón de ubicación de las UTIS de mediano impacto y únicamente encontrándose en las UPZ 84, 85 y 86 (ver Mapa 10).

Mapa 10. Unidades de Trabajo Informal en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024



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

Indicadores de pobreza y percepción sobre condiciones de vida

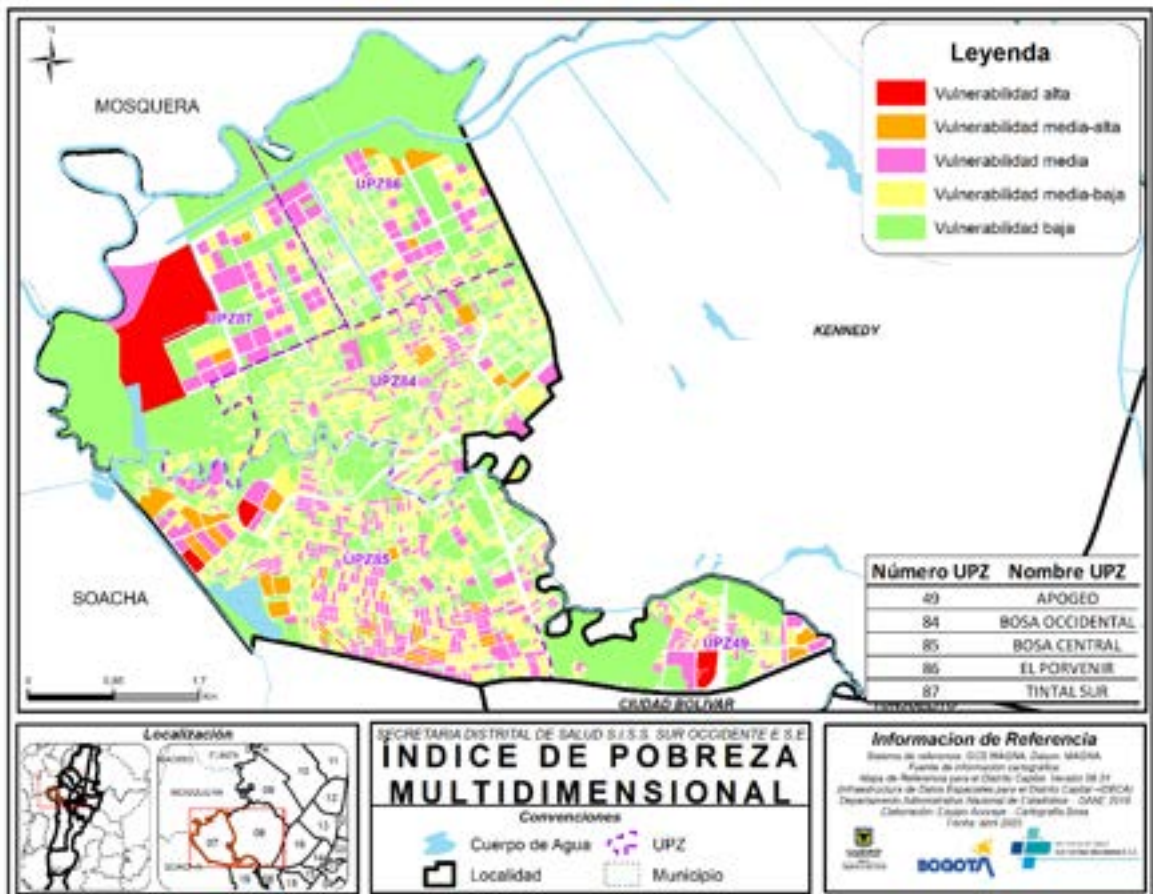
De acuerdo con la Encuesta Multipropósito 2021, en la localidad de Bosa la mayor proporción corresponde a estrato 2 con el 86,5%, seguido del 11,6% estrato 1 y el 1,9% restante corresponde a estrato 3. De otro lado, en relación con la suficiencia de ingresos del hogar, el 54,1% manifestó que los ingresos solo cubren los gastos mínimos, mientras que el 39,3% considera lo contrario, que los ingresos no alcanzan para cubrir los gastos mínimos. Adicionalmente, el 42% de los hogares se consideran pobres (ver anexo 1).

La pobreza Multidimensional es definida cómo una ampliación del concepto de Pobreza, teniendo en cuenta no solo las privaciones materiales, sino las privaciones en capacidades, empoderamiento y oportunidades. En otras palabras, define la pobreza cómo la presencia de privaciones no solo en términos de ingresos económicos, sino teniendo en cuenta las condiciones educativas, calidad de vida y ambiente, condiciones de empleo, el estado de salud, la condición de vivienda y el acceso a servicios públicos. (27)

Por otro lado, siguiendo la información Suministrada por SaluData, para el año 2023, el índice de pobreza multidimensional en Bogotá se ubica en 3,6. teniendo como principales privaciones en los hogares Bogotanos el trabajo informal (53,2%), bajo logro educativo (20,5%), rezago escolar (19,9%) y el desempleo de larga duración (14,7%). Para la localidad de Bosa, el coeficiente de Gini se encuentra en 0,46, este coeficiente es muy cercano a la media distrital de 0,53, significando que existen niveles significativos de desigualdad monetaria en la localidad. (38)

El Índice de Pobreza Multidimensional -IPM- por manzana en la localidad se comporta de una forma heterogénea encontrando que las manzanas con alta vulnerabilidad corresponden a Propiedades Horizontales -PH- de Vivienda de Interés Social -VIS- en estrato 2 ubicadas en las UPZ 49, 85 y 87; mientras que para las manzanas con vulnerabilidades media alta, media y media baja su comportamiento es homogéneo y de mayor predominancia en toda la localidad; finalmente las manzanas con baja vulnerabilidad corresponde a áreas sin desarrollar, con uso predominante diferente al residencial, parques, humedales y a la zona rural de la localidad. (ver Mapa 11).

Mapa 11. Índice de Pobreza Multidimensional en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2018



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

Bosa ocupa el quinto lugar entre las cinco localidades con mayor cantidad de personas en situación de pobreza multidimensional. Usme lidera esta lista con un 10,94%, seguida de Ciudad Bolívar con

un 8,94%. (Alcaldía Local de Bosa, 2021-2024) En Bosa, el índice de pobreza multidimensional se sitúa en un 6,6%. mientras que la dimensión de vivienda presenta el menor porcentaje, con un 4,7%. se encontró que 101.879 jóvenes presentan pobreza monetaria, mientras que 15.475 jóvenes presentan pobreza multidimensional (12).

La mayor densidad de población pobre multidimensional se concentra en las “UPZ El Porvenir, UPZ Bosa Occidental y UPZ Bosa Central, en especial la zona que limita con el humedal Tibanica” (Secretaría Distrital de Planeación, 2020). Para el 2022 se vivió en Bosa una crisis multidimensional, agudizada por la pandemia, ello derivó la necesidad de realizar acciones en temas de pobreza oculta que, en Bogotá, se presenta mayoritariamente en aquellos barrios que corresponden a los estratos 3, 4 y 5. En el caso de Bosa, el único barrio estrato 3 es Villa del Río de la UPZ Apogeo. (Secretaría Distrital de Integración Social 2022). (12).

Acceso a servicios públicos

En cuanto al acceso de los hogares a los servicios básicos se encuentra que adicional de los ingresos per cápita de los hogares se tiene presente las características del hogar y condiciones de sus integrantes considerando variables planteadas desde el enfoque de capital humano y de capacidades: Desempleo, edad del jefe de hogar, madre cabeza de hogar (hogar monoparental con jefatura femenina), nivel educativo, personas en situación de discapacidad en el hogar, forma de tenencia de la vivienda, hacinamiento, condiciones de desplazamiento (39)

la estratificación socioeconómica es una clasificación que se desarrolla frente a los inmuebles residenciales. Esta circunstancia en gran medida conduce a que los subsidios y beneficios estatales como los servicios públicos no sean asignados a la población que realmente los requiere, omitiendo aspectos tales como la pobreza oculta o empobrecimiento de los hogares de clases media y alta (39)

De acuerdo con la Encuesta Multipropósito 2021 la cobertura de servicios públicos de la localidad de Bosa fue del 100% para electricidad, para acueducto, recolección de basuras y alcantarillado fue de 99,9, 99,6 y 99,2% respectivamente y para gas natural la cobertura fue 98,8% (40) (ver anexo 1). Siguiendo la misma información suministrada por la anterior fuente, en promedio para la localidad de Bosa los ingresos mensuales de los hogares son de 1'760.246 pesos, lo anterior contrasta con los gastos promedio mensuales de los hogares en Bogotá estimado en 3'116.273 mensuales, lo anterior indicaría que en la localidad de Bosa los ingresos promedios son insuficientes para cubrir las necesidades básicas habitacionales, servicios públicos y alimentación (40)

Educación

De acuerdo con información de la Secretaría de Educación del Distrito -SED-, la proyección de la población en edad escolar -PEE- de la localidad de Bosa es de 128.184 habitantes, que representa el 11,0% del total de PEE de la ciudad que es de 1.164.630, ocupando la tercera posición con relación a las demás localidades (ver anexo 1).

Entre 2018 y el 2022, la tasa de cobertura bruta de la localidad mostró una tendencia decreciente siendo 4,6% menor el registro de 2022 en contraste con 2018, todos los años el indicador supero el 100%, y mayor al registrado por Bogotá en 2021 y 2022. Todos los niveles educativos registraron disminución en su tasa de cobertura al comparar 2018 y 2022, excepto la media que por el contrario mostró un incremento de 3,1% en 2022; el mayor decremento se registró en preescolar (10,3%), seguido de primaria (9,5%) (41) (ver Tabla 5).

Al revisar la Encuesta Pulso Social realizada por el DANE, en la cual se señala que el 4,5% de la población en edad escolar no pudo continuar con la formación académica de sus hijos, reconociendo algunos factores que estarían incidiendo en la decisión de abandono por parte de los estudiantes y padres de familia. Entre ellos se encuentran los problemas de conectividad del país, las dificultades económicas de las familias, el impacto diferencial entre colegios públicos y privados, así como la edad y el nivel educativo de los menores que dejan el colegio (12).

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

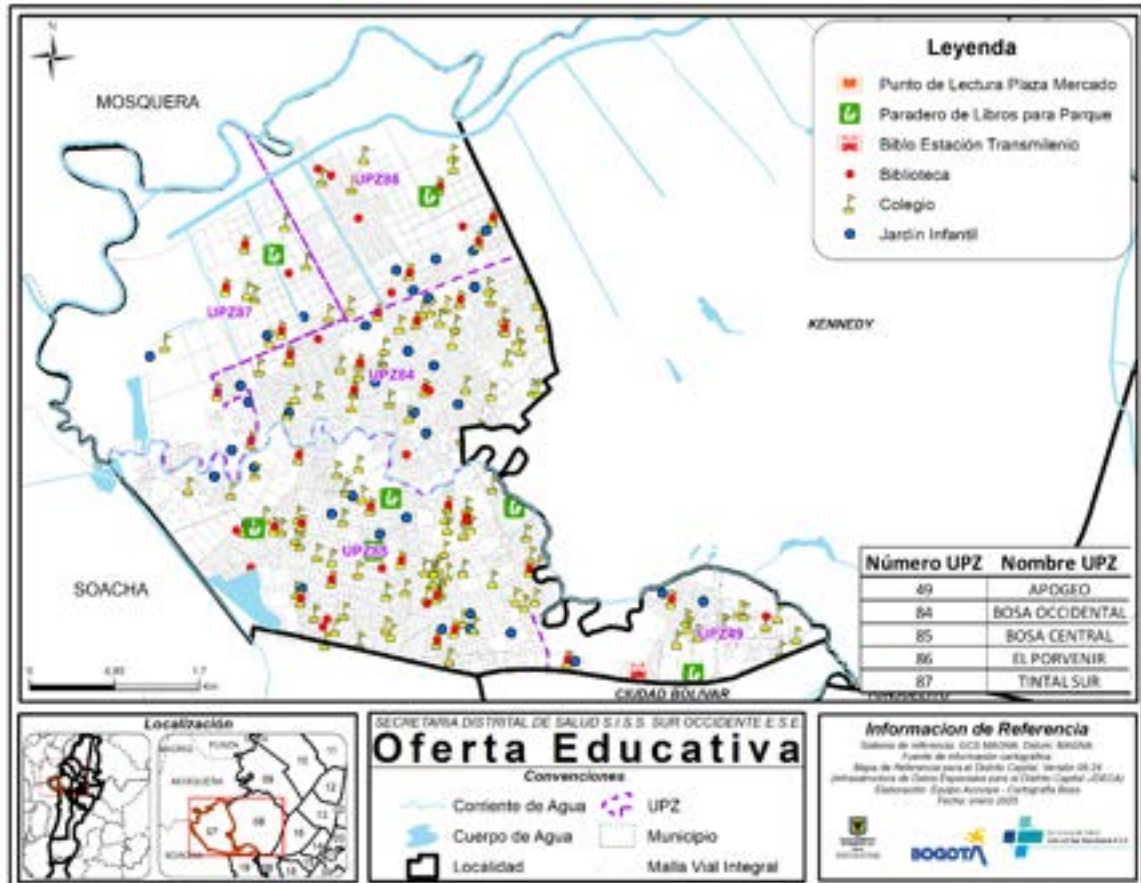
Nivel Educativo	2018	2019	2020	2021	2022
Preescolar	89,6	87,1	81,0	79,7	80,4
Primaria	115,3	112,9	108,8	104,2	104,4
Secundaria	111,3	111,6	110,2	112,3	110,3
Media	92,4	89,0	88,0	94,5	95,3
Bosa	107,8	106,2	103,4	103,2	102,8
Bogotá	107,6	106,1	103,0	101,3	99,1

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

De acuerdo con Bogodatos 2024 reportes del Sistema de Alertas de la Oficina para la Convivencia Escolar (OCE) con respecto a las situaciones de presunta vulneración de derechos de los niños, niñas y adolescentes en la localidad de Bosa reportan 1261 caso de abuso y violencias de esos, 249 pertenecen a casos reportados de violencia sexual (38,13%), y 190 pertenecen a casos reportados de violencia física (31,25%). donde el principal agresor es un familiar (12).

La distribución de la oferta educativa se concentra en las UPZ 84 y 85, tanto en colegios, jardines y bibliotecas dada la demanda poblacional en ellas, en la UPZ 49 hay una desproporción entre colegios que son mayoría y jardines y bibliotecas que apenas hay 3 de cada uno y en las UPZ 86 y 87 aunque hay pocos colegios y jardines varios de ellos son mega colegios o jardines con mayor capacidad de recepción de población preescolar. Adicionalmente a la oferta de anterior se complementa con paraderos de libros para parque con al menos un punto en cada UPZ excepto en la 84, donde la población escolar puede acceder a material de lectura y de igual manera en la única biblio estación en el portal Sur de Transmilenio (ver Mapa 12) (8).

Mapa 12. Oferta Educativa en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024



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

Los determinantes estructurales tienen un gran impacto en la calidad de vida de las personas, es importante comprender ahora cómo los determinantes intermedios están afectando a la población; son estos determinantes en los cuáles, los sistemas de salud y las políticas públicas, pueden tener una injerencia más directa y donde los programas y procesos pueden generar relaciones integrales y recíprocas que permitan estrechar las brechas sociales y generar mecanismos que faciliten el acceso a una calidad de vida decente y garantizar una salud plena en todos los territorios.

Según la CDSS, los determinantes intermedios se agrupan en seis categorías:

Condiciones materiales de la vida: incluyen determinantes asociados al medio ambiente físico tales como la vivienda, la calidad del aire, el barrio o el municipio; al medio laboral, como las condiciones de trabajo y empleo, la alimentación, el vestido, etc. (36).

Contexto psicosocial: se refiere a aspectos psicológicos del individuo en relación con el contexto y las circunstancias sociales en que vive: afectos, emociones, tipo de respuesta ante circunstancias adversas, grado de control sobre la propia vida (locus de control), respuesta al estrés, estrategias de afrontamiento, redes sociales, apoyo social, etc. (36).

Cohesión social: es un término sobre el que no existe un consenso amplio a la hora de definirlo. Se relaciona con el grado de integración social, la presencia de fuertes vínculos comunitarios, altos niveles de participación ciudadana en actividades cívicas y confianza en los demás. Mientras el

contexto psicosocial se refiere a características y respuestas de los individuos en la relación con otras personas, la cohesión social tiene una vertiente referida a las relaciones que se establecen entre los individuos y entre sus organizaciones dentro de un contexto identitario (sean países, comunidades, ciudades o grupos específicos). Supone cierta visión compartida sobre problemas comunes, entre los que destaca una actitud de solidaridad y protección ante situaciones de desventaja que puedan sufrir los miembros de esa comunidad, especialmente la pobreza (36).

Estilos de vida: este determinante está asociado a las formas socialmente válidas de utilizar los recursos disponibles para lidiar con los problemas personales o el estrés, incluye los hábitos de vida con su influencia protectora o perniciosa para la salud: ejercicio físico, dieta, hábito tabáquico, consumo de alcohol, etc. (36),

Factores biológicos: hacen referencia a factores como la carga genética, la edad y el sexo que pueden afectar directamente las tasas de morbilidad, mortalidad y aumentar la probabilidad de desarrollar ciertas condiciones o padecimientos que pueden afectar el nivel de ingresos, la experiencia de vida, la autopercepción, etc. (36).

Sistema sanitario: las características y organización del sistema sanitario en cada contexto se convierte en un determinante intermedio de la salud, especialmente a través de la accesibilidad y grado de utilización de los servicios sanitarios según se pertenezca a un grupo social u otro (36).

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

2.2. Dimensión de género

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

Según la OMS el *género* se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. El género es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas. No es un concepto estático, sino que cambia con el tiempo y del lugar. Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas (incluidos los conceptos de masculinidad o feminidad), los roles, las responsabilidades o las relaciones relacionadas con el género, suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, todo lo cual puede afectar negativamente a la salud (42). Mientras que el *sexo* se comprende como una categoría construida social y culturalmente a partir de la cual desde discursos biológico-médicos, se clasifican e interpretan los cuerpos de las personas en: mujeres (cuerpos con vulva) y hombres (cuerpos con pene); invisibilizando la diversidad de los cuerpos que no necesariamente se ubican en el binarismo, en este sentido, desconoce a las personas con estados intersexuales (43).

Ahondar en el efecto y la consecuencia que conlleva el género como determinante en la salud implica, por consiguiente, cuestionar las normas, expectativas y funciones sociales que incrementan la tasa de exposición y la vulnerabilidad frente a los riesgos para la salud de las mujeres. Esto último, resulta crucial para la efectividad y materialización de políticas públicas que tengan por objeto caminar hacia la equidad en la salud, en tanto las mismas deben hacerse cargo del rol que cumple el género como determinante estructural de la salud. Ello, en tanto como se mencionó, la salud de las mujeres se ve profundamente afectada por la forma en que son tratadas por la sociedad y la situación de vulnerabilidad en que la misma las ubica. De allí, que muchas de las causas principales de morbilidad y mortalidad de las mujeres —lo mismo en los países ricos que en los pobres— tengan su origen en las actitudes de la sociedad hacia ellas, lo que su vez se refleja en las estructuras y los sistemas que establecen las políticas, determinan los servicios y crean las oportunidades (44). En este sentido, es preciso comprender cómo en las poblaciones más vulnerables se definen, comprenden y desarrollan estas situaciones particulares para la localidad.

Comunidad LGBTIQ+

Partiendo de los principios de Yogyakarta, los cuales hablan sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual, mencionando que “los Estados deben facilitar el acceso de quienes buscan modificaciones corporales relacionadas con la reasignación de género, a tratamiento, cuidado y apoyo competente y no discriminatorio” y que, además “todas las personas tienen derecho al mayor nivel posible de salud física y mental, que comprende la salud sexual y reproductiva, sin discriminación alguna, incluyendo discriminación basada en la identidad de género”. Esto pone de manifiesto que, el Estado Colombiano debe adelantar ciertas acciones y estrategias colectivas incluyentes con la comunidad LGBTIQ+ para garantizar en mayor medida sus derechos fundamentales y específicamente, el derecho a la salud (43).

De acuerdo con los resultados obtenidos en el documento realizado por las Subredes Integradas de Servicios de Salud en 2023 titulado “Análisis de violencias de género en la prestación de servicios de salud”, las personas con OSIEGCS no normativas, están mayormente expuestas a sufrir de violencias verbales y psicológicas por su identidad de género, específicamente para la localidad de Bosa se reportaron casos de violencia verbal en las Unidades de Pablo VI, Olarte, Villa Javier, San Bernardino, Porvenir, Bosa y Cabañas. mientras que en las sedes de Centro de salud Pablo VI y Hospital Bosa, se han reportado hechos de violencia por parte de otros usuarios que acuden a estas sedes.

De esta manera, las personas con OSIEGCS se encuentran expuestas a mayores riesgos de sufrir violencia y discriminación en ámbitos de salud por la falta de correspondencia en su documentación, en comparación a otras poblaciones; en otras palabras, suelen enfrentar obstáculos en el goce de del derecho a la salud no solo por la falta de acceso a servicios y bienes de salud apropiados sino por no tomar en cuenta varios determinantes básicos y sociales que agravan la realización de sus derechos humanos. En últimas, esto se traduce en que muchas personas del sector como medida de resguardo, evitan los centros de salud, lo que las coloca en una situación de mayor vulnerabilidad en cuanto a su bienestar físico y mental (45).

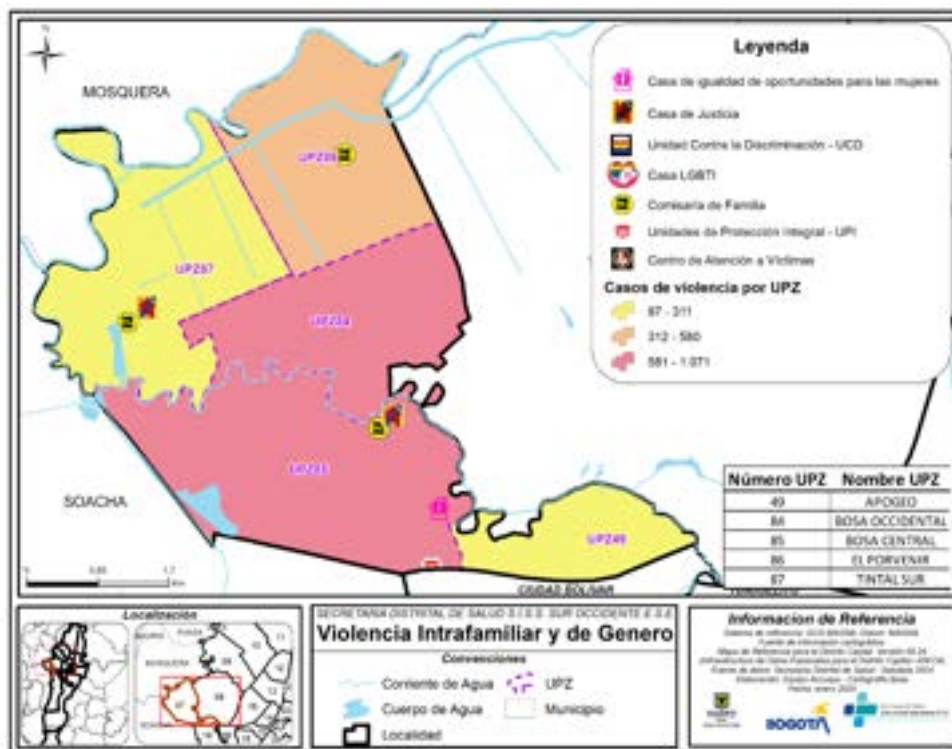
Para entender las condiciones o afecciones en salud de las mujeres trans es preciso aclarar que la identidad trans no es una patología o trastorno mental. Sin embargo, una de las situaciones más preocupantes y menos atendidas en esta población es su salud mental. Si bien, dentro de los marcos de atención se busca prevenir enfermedades de transmisión sexual, tales como el VIH, y otras afecciones crónicas; así como concientizar sobre los efectos que trae la autoadministración de hormonas, inyecciones de relleno de tejidos blandos y otras formas de modificaciones corporales,

otros aspectos holísticos de la salud que garantizan una vida plena y saludable cómo lo son el bienestar social y mental, suelen ser ignorados (43).

En el ámbito de las Violencias Basadas en Género -VBG-, para la población LGBTI en Bosa, situaciones cómo el Rechazo social, educativo, familiar por su identidad de género u OSIEGCS y también la violencia, no solo influyen a recurrir a la práctica de las Actividades Sexuales Pagadas -ASP- como una única fuente de ingresos, sino en un posible desarrollo de autoconcepciones negativas que pueden empujarlas también a concebir estas situaciones cómo normales e incluso, merecidas. Entonces, las situaciones precarias, las jornadas largas, los bajos ingresos entre otras situaciones que se posicionan sobre las personas LGBTI en la localidad, podrían ser factores que influyen en la aparición de sentimientos de culpa sobre su misma situación, los cuales facilitarían que se normalice el maltrato, la exclusión familiar, social, laboral, la violencia verbal y física, además de ejercer ASP cómo situaciones que se provocaron a sí mismos por expresar y desarrollar una personalidad o identidad no-heteronormativa (46).

La oferta de servicios para atender las violencias intrafamiliares y de género en la localidad están concentradas en la zona oriental de la UPZ 85, dejando a la población occidental de esta UPZ sin puntos cercanos en traslados no mayores a 1 kilómetro; en las UPZ 86 y 87 hay en cada una de a un punto con servicios ofertados pero también dificultando la accesibilidad a las personas que estén a más de 1 kilómetro de dichos puntos; por ultimo en las UPZ 49 y 84 no hay ningún punto por lo cual la población se ve en la necesidad de trasladarse a otras UPZ de la misma localidad o de otras localidades (ver Mapa 13) (8).

Mapa 13. Violencia Intrafamiliar y de Género en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024



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

Actividades Sexuales Pagadas -ASP-

La Secretaría Distrital de la Mujer (2019) reportó en su documento “*Caracterización de personas que realizan actividades sexuales pagadas en contextos de prostitución – Bogotá*” que cerca del 96,5% de la población que realiza ASP en la ciudad son mujeres cisgénero, dejando el 3,5% distribuido según identidad de género de la siguiente forma: 1,8% mujeres trans, 1,4% hombres cisgénero y 0,3% hombres trans. La interseccionalidad se convierte en un prisma esencial para comprender la diversidad presente en esta realidad, explorando aspectos como la edad, la identidad étnica, el estatus de víctima del conflicto armado y la conformación del hogar (47).

Es importante resaltar que la representación de personas de los sectores sociales LGBTI dentro de las personas que ejercen ASP no es homogénea en los grupos etarios: el 61,5% de las mujeres trans que ejercen ASP se encuentran entre los 18-25 años. Esta cifra para las mujeres cisgénero en el mismo rango de edad es de 43,8%. La Secretaría de la Mujer (2019) estima que el 12,8% de las mujeres trans que ejercen ASP superan los 46 años de edad, mientras que en las mujeres cisgénero la actividad realizada después de los 46 años se observa en el 3,4%. En el grupo etario que más se encuentran hombres trans (48,7%), por otro lado, es entre los 25-29 años. En este rango etario se ubican, en contraste, el 46,3% de los hombres cisgénero que realizan ASP (47).

El diagnóstico elaborado por Secretaría de la Mujer (2019) reveló que la vinculación a ASP como práctica común en edad temprana se observa principalmente en personas de los sectores sociales LGBTI y en mujeres cisgénero. La causa primordial, identificada a través de grupos focales, es el rechazo familiar, que fuerza a las personas víctimas a buscar una forma de ingreso inmediata para sostenerse económicamente (47).

En cuanto a la autopercepción de la experiencia de vida de las personas que ejercen ASP y están en condiciones migratorias, hay una diferencia notable, si bien el mismo estudio afirma que las mujeres trans son las que mejor se han sentido desde su llegada al país, el desarrollo del análisis de los sentimientos específicos y condiciones de trabajo revela la desigualdad bajo la que se encuentran en materia de garantía de derechos y en percepción de seguridad: las personas trans reportaron sentir miedo a ser deportadas en un 71,4%, esto es un porcentaje mayor en comparación a las personas cisgénero migrantes que reportaron un porcentaje aproximado del 47,8%, por otro lado, frente a la dimensión de violencia se ha encontrado en diversos documentos la situación de riesgo diferencial que viven las personas de los sectores sociales LGBTI en Bogotá, Colombia y el mundo (47).

Las condiciones de trabajo de las personas que ejercen ASP siguen siendo bastante precarias, ya que sus ingresos dependen principalmente de las horas que deciden salir a trabajar, y de la cantidad de clientes que atienden al día, los cuales, también pueden depender de su identidad de género, en tanto las mujeres cisgénero y los hombres trans atienden un promedio de 3 clientes al día, los hombres cisgénero atienden un cliente al día y las mujeres trans uno de 5 clientes al día (47).

Los lugares en los que se ofrece el servicio varían según la identidad de género de la persona: la mayoría de las mujeres trans (68,6%), hombres cisgénero (60,2%) y hombres trans (53,8%) ofrecen sus actividades en la calle, mientras que el 82,4% de las mujeres cisgénero ofrecen sus servicios en establecimientos privados, que también son usados para ofrecer los servicios por parte del 53,6% de las mujeres trans y el 53,4% de hombres trans (47).

En cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- se evidenció que el 49% está afiliada al sistema; de este grupo el 80,9%. Del 49% de personas que practican ASP afiliadas, se observa que a medida que aumenta la edad, mayor es el porcentaje de afiliación, así por ejemplo

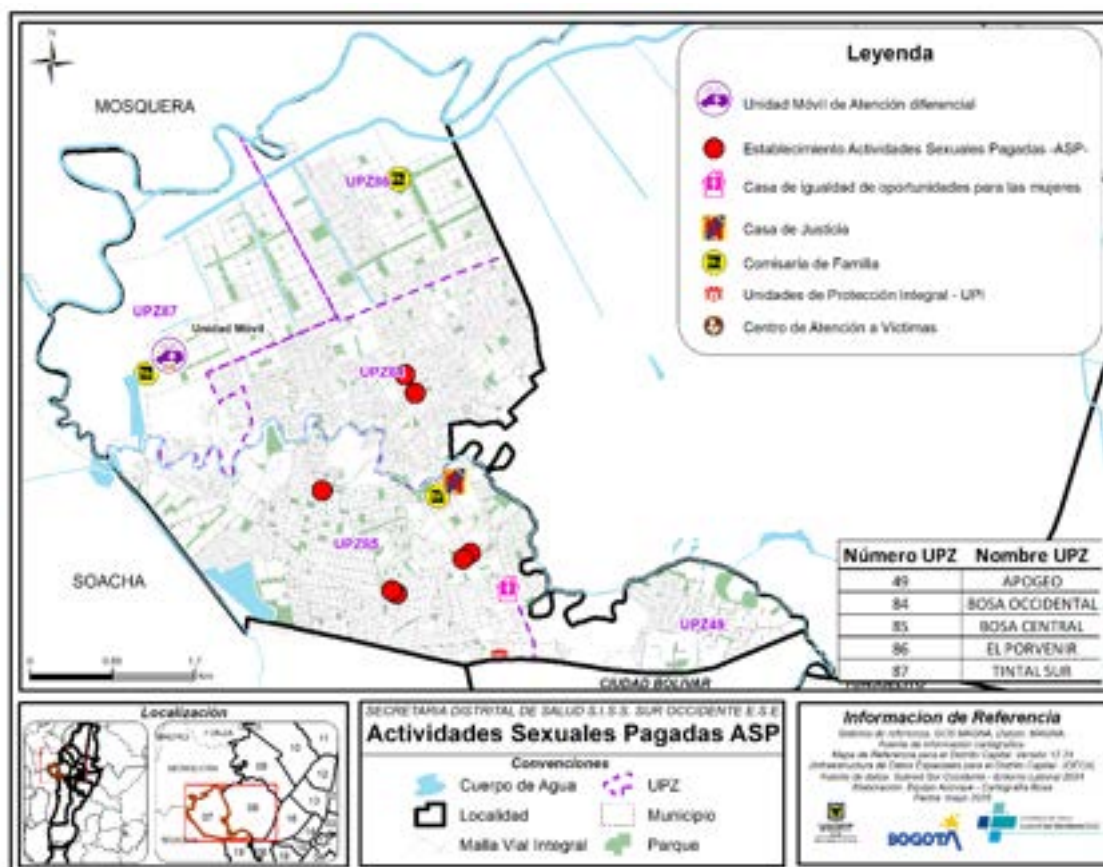
las personas mayores de 60 son quienes en mayor medida se encuentran afiliadas al SGSSS en un 84,5%. Por su parte, al discriminar por sexo, los hombres que ejercen ASP son quienes más se encuentran afiliados al sistema en un 57,6%, frente a un 48,1% de mujeres. De las personas que se encuentran afiliadas, el 41,7% es cotizante y el 58% es beneficiaria. Llama la atención, que las personas mayores de 60 años si bien se encuentran afiliadas, el 80,3% son beneficiarias (48).

En relación con la discriminación, el 38,5% de las personas que practican ASP se sienten discriminadas por la actividad que realizan y/o han recibido expresiones humillantes o discriminatorias en el ejercicio de las ASP; el 43,6% por parte de las personas que transitan en zonas en las que realizan las actividades, el 35,4% por los clientes, el 30,8% por parte de habitantes del sector en donde trabajan, el 17,6% por su familia, y en proporciones menores al 10% por parte de funcionarios públicos, comerciantes del sector, funcionarios de la rama judicial, personal médico o personal de salud, compañeras y/o compañeros y las personas que conocen a qué se dedica (48).

Por lo anterior, se destaca que los grupos de personas que practican ASP mayores de 60 años y grupos con OSIEGCS, presentan mayores barreras sociales y económicas en tanto que presentan condiciones de realización de las ASP con tendencias que entrecruzan el desplazamiento al desarrollo de la ASP de establecimiento a calle, un menor nivel de ingresos y una mayor exposición a diversas formas de violencia (verbal, psicológica, física y sexual), debido a las dinámicas mismas de la actividad.

Por otro lado, siguiendo los datos ofrecidos por el Informe del Entorno Cuidador laboral (Octubre a diciembre 2024), durante el desarrollo de las actividades se identifican diferentes aspectos de esta población, en primera instancia que, un gran porcentaje no mantiene hábitos de vida saludable, situación que le atribuyen a su vulnerabilidad socioeconómica, tiempos y desinterés; segundo, el consumo de sustancias psicoactivas no se identifica como problemático y está asociado a las dinámicas propias de la actividad económica que ejercen; y finalmente, se evidencian afectaciones en la salud mental debido a las dinámicas y relaciones familiares, ausencia o mala comunicación y manejo de emociones, entre otros, pues para algunas personas que practican las ASP su trabajo es oculto (49).

Mapa 14. Establecimientos de Actividades Sexuales Pagadas en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Entorno Cuidador laboral, 2024. Elaboración equipo ACCVSYE Subred Sur Occidente.

Los establecimientos en donde se realizaron ASP en el 2024, en los cuales el Entorno Cuidador Laboral realizó acciones, se ubican con un patrón de tendencia en el distrito al situarse en predios localizados sobre vías arteriales, intermedias o aledañas a las dos anteriores en zonas con predominancia del uso comercial o cercanas a estas y en algunos casos en donde en lugares de zonas de rumba o cercanas a estas permitiendo un funcionamiento del establecimiento en la jornada nocturna. En la localidad únicamente los establecimientos de ASP se localizan en las UPZ 84 y 85 en las zonas con las características descritas, en la UPZ 84 se localizan en el tropezón y en la UPZ 85 en tres zonas: la primera en cercanía a la zona de bares de Bosa centro, la segunda en Bosa Piamonte y un solo establecimiento localizado en la avenida Ciudad de Cali en el barrio Gran Colombiano (ver Mapa 14) (8).

Mujer

En Bogotá, para el 2023, se estimó que, de los 7.968.095 habitantes el 52,1% son mujeres (n= 4.152.419), esta proporción tuvo una leve reducción del 0,14% comparado con lo estimado en 2018 y se espera que para el 2028 la representación poblacional de mujeres se mantenga constante. La localidad de Bosa para 2023 concentró el 21,2% de las mujeres entre los 18 y 29 años; el 16,5% entre los 30 y 39 años; el 25,6% entre los 40 y 59 años y el 12,3% entre los 60 años o más, el restante corresponde a mujeres menores de 18 años (50).

De acuerdo con el informe de Diagnósticos Locales para las Mujeres de 2020, elaborado por el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá, se señala que en Bosa, un tercio de los hogares está encabezado por mujeres (33,6%). Además, el 5,4% de estos hogares se encuentra en situación de pobreza extrema, cifra que asciende al 7,9% en aquellos con jefatura femenina. Asimismo, el 36,6% de los hogares que se consideran pobres en términos multidimensionales tienen una mujer como jefa de familia. En cuanto al índice de dependencia, se registra un valor de 44,3 para las mujeres, mientras que para los hombres es de 44,62 (12).

De acuerdo con el diagnóstico local del 2022 del Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá – OMEG, el porcentaje de mujeres que no tiene ningún nivel educativo es del 1.9, en tanto para Bosa es del 2.8, superando el porcentaje de analfabetismo en mujeres a nivel distrital en un 0.9%. Por otro lado, una de las razones por las que las mujeres de la localidad de Bosa entre los 18 y 35 años no continúan sus estudios, principalmente es la falta de dinero y la necesidad de trabajar, ubicándose en el 34.5% y 32.2% de los motivos de deserción escolar, respectivamente. En cuanto al uso del internet por parte de las mujeres, el 11.9% no hacen uso de esta herramienta, siendo la razón principal el no saber cómo usarla (12).

En el documento realizado por las Subredes Integradas de Servicios de Salud en 2023 titulado “Análisis de violencias de género en la prestación de servicios de salud” en lo que respecta a las mujeres, se evidencia violencia verbal y psicológica acompañada de violencia ginecobstétrica y sexual, generalmente en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva -SSR- ejercidos ya sea por los y las enfermeras o la o él médico tratante. Dichas violencias incluyen comentarios e indagaciones relacionados con la vida sexual de las mujeres, sus relaciones interpersonales y las decisiones frente a la misma, en donde el personal asistencial niega las autorizaciones para procedimientos de esterilización porque desde su perspectiva personal, más no profesional, consideran que deben consultarlo con su pareja o aún tienen la edad para quedar en embarazo. Esto se da principalmente, por las diferencias estructurales de poder basadas en el género, las cuales colocan a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia (51). Estas violencias, dificultan aún más el acceso efectivo a los servicios de salud, creando barreras emocionales y psicológicas que pueden ser igual de perjudiciales que las barreras físicas desde la institucionalidad.

Según el Observatorio Nacional de Violencias de Género de Ministerio de Salud y Protección Social (52), basado en los datos provenientes del sistema de vigilancia en salud pública -SIVIGILA-, en Bogotá entre 2018 y 2021 se presentaron 56.414 casos de VBG. Por su parte, el Instituto Nacional de Medicina legal -INML- registró para este mismo periodo 82.654 casos. Sin embargo, al observar la tendencia del evento, mientras que en SIVIGILA el número de casos tuvo un incremento del 96,8% en 2021 comparado con el 2018, el INML mostró una reducción del 26,4% en el último año observado. Lo anterior puede estar relacionado a que la dinámica del reporte de VBG ha tenido cambios importantes durante la emergencia por la COVID-19, de forma que las llamadas y otro tipo de contactos con la Ruta de Atención a VBG (por ejemplo, WhatsApp) aumentaron de forma significativa entre marzo y julio de 2020, a la vez que los reportes al instituto de Medicina Legal y las denuncias reportadas en la Policía disminuyeron. Indicando que los casos que se han presentado de VBG no han disminuido, pero han cambiado su canal de reporte hacia los que son de mayor accesibilidad (53).

En cuanto al sexo de la persona agredida, ambas fuentes coinciden en que las mujeres tienen la mayor representación (SIVIGILA: 74,9%; INLM: 87,2%), donde las menores de 5 años, jóvenes y adultas son las más afectadas. La edad de persona es un factor que permite apreciar su vulnerabilidad

y establecer que la agresión sexual a menores poco tiene que ver con la sexualidad y sí con el poder y la dominación que se puede ejercer sobre ellos (54).

La violencia contra las mujeres es estructural, es decir, no es derivada de rasgos únicos de una serie de individuos, sino de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. Este hecho hace que se perpetúe la idea de superioridad de los hombres sobre las mujeres y se les asignen diferentes atributos y roles en función del sexo (55).

Según la información del SIVIM para 2023 en la localidad de Bosa se notificaron un total de 4.126 casos de violencias donde la víctima era la mujer (tasa de 565,4 víctimas por cada 100.000 habitantes), cifra superior a la registrada en el Distrito; es importante considerar que en contraste con 2019 se tuvo un incremento de 32,4% en la notificación de casos, sin embargo, durante 2020 y 2021 se tuvo un descenso importante para retomar su tendencia al aumento a partir del 2022 a la fecha (56). (ver anexo 1). Vale la pena mencionar que en 2023 para todos los tipos de violencia hacia las mujeres residentes en Bosa, el mayor número de agresiones se presentaron en la vivienda.

Para la localidad, siguiendo la información suministrada por SaluData, los distintos indicadores de violencia contra las mujeres han disminuido desde la pandemia; sin embargo, en su mayoría, en 2024, estos siguen ubicándose por encima del promedio General en Bogotá, excepto en violencia económica, en la cual los niveles de esta en Bosa son ligeramente inferiores a los niveles generales en Bogotá. Estos indicadores de violencia contra la mujer a nivel del Distrito se ubican en violencia emocional en un 393.0, violencia Sexual: 145.7, violencia Física: 155.1, violencia por Abandono: 12.5, violencia por Negligencia: 89.4, violencia Económica: 22.2. En comparación, a nivel local en Bosa, estos se ubican en Violencia emocional: 554.0, Violencia sexual: 222.5, violencia física: 206.5, abandono: 21.3, negligencia: 137.4, violencia económica: 27.8. Como se puede observar anteriormente, es bastante preocupante el hecho que todos los indicadores de violencia contra la mujer sean más altos en comparación con los indicadores a nivel distrital.

Por otro lado, la violencia intrafamiliar incluye diversas expresiones dentro de las cuales se encuentran la violencia física, económica, emocional, el abandono y la negligencia. De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual -SIVIM- para la localidad de Bosa en 2023 se reportaron un total de 5.820 casos de violencia (tasa de 797,5 víctimas por cada 100.000 habitantes) mostrando un incremento de casos del 40,3% respecto al 2019 en el cual se notificaron 4.149 casos (tasa de 586,7 víctimas por cada 100.000 habitantes) (ver anexo 1). En el 70,9% (n=4.126) de los casos las víctimas fueron mujeres y cursaban principalmente la infancia y adolescencia, con un comportamiento similar en hombres (56).

De acuerdo con la información del SIVIM para 2023 para la localidad de Bosa se notificaron un total de 14.484 casos de violencias donde la víctima era la mujer, mientras que en total del distrito se registraron un total de 48.099 casos donde la víctima era la mujer; es decir, concentró un 30% del total de casos reportados. Vale la pena mencionar que en 2023 para todos los tipos de violencia hacia las mujeres residentes en Bosa, el mayor número de agresiones se presentaron en la vivienda (56) (ver anexo 1).

Cómo se ha mencionado anteriormente, a pesar de los avances legislativos, y la reducción en términos de indicadores con respecto a las desigualdades económicas y la violencia contra las mujeres, siguen presentándose indicadores ligeramente más altos al promedio distrital, lo cual señalaría que la persistencia de una violencia estructural contra ellas ha mermado la efectividad de lograr un avance significativo en la localidad con respecto a esta situación.

2.3. Dimensión territorial

El territorio ha sido determinado históricamente como una unidad político-administrativa por medio de la cual, las instituciones del estado despliegan las políticas públicas, y estrategias específicas de la gestión pública, que incluyen el primer nivel de atención de salud en una zona geográfica específica. En este sentido, el estado se ha caracterizado por su excesiva centralización, falta de reconocimiento de las características de cada territorio y por su escasa participación esto, como parte de la tradición monárquica latinoamericana, donde la presencia del Estado en todos los actos de la vida de los territorios a pesar de contar con la institución autónoma municipal, ha estado permanentemente supeditado a la centralización del poder del estado o al poder económico de privados que explotan los territorios (57).

Las prácticas de salud, capacidad y aptitudes para la adaptación de la persona, así como aquellas condiciones derivadas de la estructura de una sociedad, entre ellos: la pobreza, la educación, el trabajo, el género y el nivel socioeconómico determinan el impacto en las desigualdades en salud y el bienestar de las personas y están directamente relacionados con el territorio por ser en este espacio geográfico y cultural donde la persona nace, crece, se desarrolla, envejece y muere. Por lo anterior, resulta de vital importancia entender los lugares donde las personas desarrollan sus vidas, interactúan con otros y otras y con su ambiente ecológico, ya que de ellos dependen muchos de los resultados en salud. debido a su relevancia para el desarrollo del curso de la vida, de formas de producción y reproducción social intrínsecamente relacionados con el contexto geográfico, social y político, así como parte clave de las condiciones y circunstancias ecológicas donde se desarrolla la vida y, por ende, un diferenciador de las vulnerabilidades de las personas y las comunidades (57).

El territorio puede entenderse desde su máxima expresión de observación conjunta, existiendo un contexto socioeconómico y político, en el cual se generan (causalmente) jerarquías entre ciertos grupos de población (...) se conciben conexiones o vínculos de cohesión social, los cuales van entramando el territorio (57). Un claro ejemplo de la territorialización en contextos urbanos, tienen que ver con la relación entre el desarrollo y la conservación del medio ambiente, ya que, se generan paradojas y confrontaciones discursivas; la búsqueda de un desarrollo industrial y la expansión del crecimiento urbanístico significa la destrucción de ecosistemas, especies y territorios. Esto implica la gentrificación de las poblaciones y por tanto mayores niveles de concentración y consumo de energías, donde finalmente se crean dependencias económicas, sociales, políticas y territoriales.

Ahora bien, frente a las afectaciones en salud se comprende que las características y organización del sistema sanitario en cada contexto se convierten en un determinante intermedio de la salud, especialmente a través de la accesibilidad y grado de utilización de los servicios sanitarios según se pertenezca a un grupo social u otro (36). Los factores que se asocian a la utilización que las personas hacen del sistema sanitario se describen con más detalle a continuación.

Cobertura de afiliación a salud

El SGSSS se creó mediante la Ley 100 de 1993, con el propósito de proteger de manera integral las contingencias que deterioran la salud y garantizando el acceso a los servicios de salud mediante el esquema de aseguramiento, con base en principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad (58). En la localidad de Bosa la población (n=486.771), el 32,0% (n=231.832) se encuentra afiliado a

régimen subsidiado y el 1,3% a régimen de excepción (n=9.056), lo que corresponde al 100% de la población proyectada para dicho periodo, con afiliación vigente (59) (ver anexo 1).

La importancia de la accesibilidad a los servicios radica en que ella es la gran articuladora entre la oferta y la demanda, su relevancia está en la existencia de mecanismos que permitan obtener el servicio de salud requerido por la población y satisfacer sus requerimientos oportunamente (49), ejemplo de ello es el Hospital de Bosa perteneciente a la Subred Sur Occidente, incluye entre su oferta de servicios una central de urgencias, laboratorio clínico, un área de imagenología, donde los habitantes de que residen en las localidades de Bosa y Kennedy tienen acceso a los servicios ambulatorios de vacunación, programas de promoción y prevención, enfermería, medicina general y odontología; este hospital cuenta además con consultorios especializados en cardiología, anestesiología, cirugía general, ortopedia, pediatría y ginecología. Uno de los avances más significativos del Hospital de Bosa es la implementación de la atención con enfoque diferencial dirigida a la mujer y la población indígena, así como un consultorio rosado para la detección temprana del cáncer de mama (12).

Cobertura de vacunación

Las vacunas son fundamentales para proteger a las personas y sus comunidades porque previenen enfermedades. Contribuyen en la disminución de la propagación de enfermedades y evitan complicaciones graves o incluso la muerte, reduciendo la probabilidad de epidemias. Además, reducen la carga económica y sanitaria asociada a enfermedades infecciosas, que a largo plazo se puede destinar a la inversión en otros programas sanitarios o sociales. Adicionalmente son una herramienta crucial en la salud pública y han demostrado ser una de las intervenciones más exitosas y coste-efectivas en medicina (60).

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

Vacunación pentavalente en niños menores de 1 año con tres dosis: En el 2013 se registró la cobertura más alta con 113,3% y continuando hasta 2019 con metas por encima del 90%, desde 2020 donde se reportó el 71,6%, fue en disminución progresiva hasta el 2022 (60,7%), para 2023 el comportamiento cambió aumentando la meta a 106,8%; por otra parte, para el primer semestre de 2024, la cobertura de este biológico fue del 96% (61).

Vacunación triple viral en niños de 1 año (primera dosis): Las coberturas se mantuvieron por encima del 86% entre 2013 y 2023 excepto en 2021 (76,4%) y 2022 (63,6%). En 2023, las coberturas aumentaron un 71,4% respecto al año anterior superando el 100%. Es así como en dicho año se alcanzaron las coberturas más altas y en el 2020, la cobertura más baja del periodo para este biológico ya que fue del 86,1% (61).

Vacuna triple viral (refuerzo en niños de 5 años): Desde 2013 y 2018, las coberturas se mantuvieron por encima del 84%, de 2019 a 2021 superaron el 92%, para descender en 2022 al 82%, el pico más alto en 2019 (94,7%) (61).

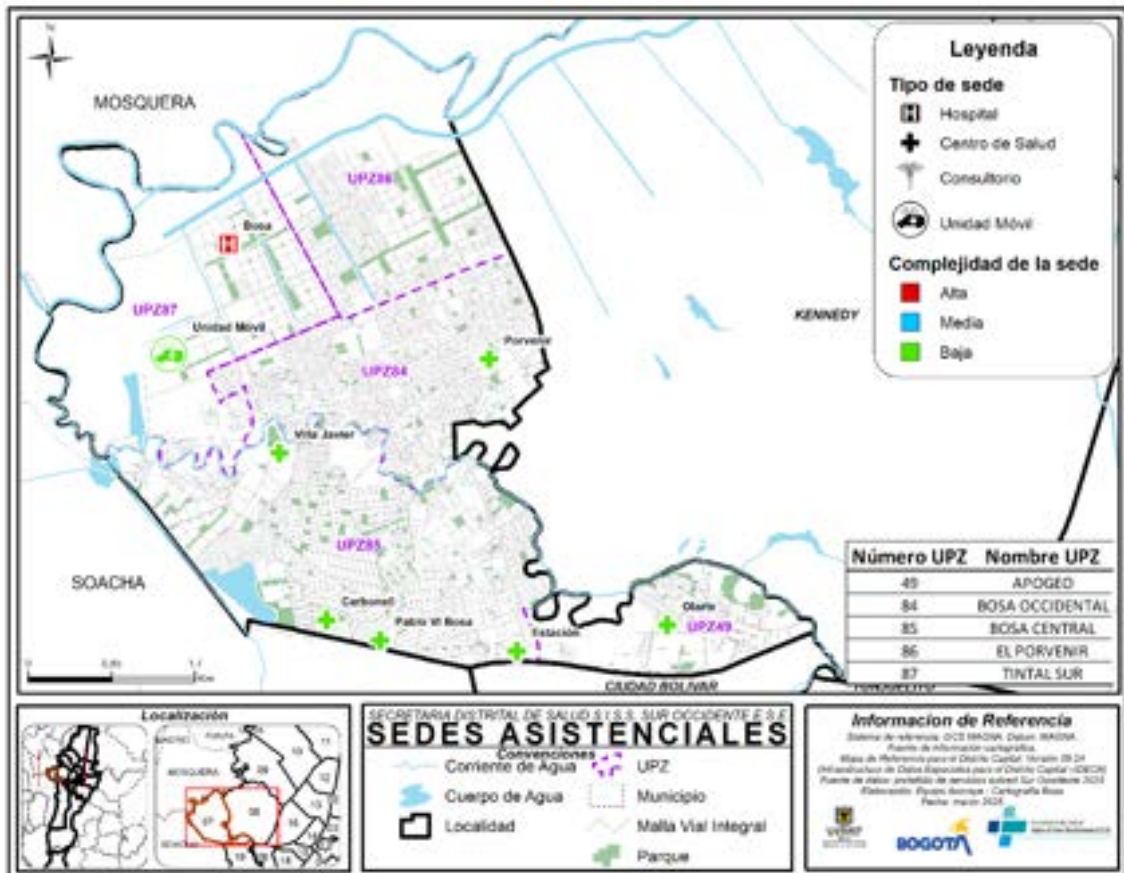
Vale la pena mencionar que, a partir de enero de 2023, el refuerzo de la vacuna triple viral dejó de ser un indicador trazador en niños de 5 años, esta vacuna se administra ahora a los 18 meses para garantizar las dos dosis requeridas a una edad más temprana. En 2023 el esquema de vacunación

tuvo cambios y a partir de esa fecha el biológico trazador para niños de 5 años es el segundo refuerzo de DPT (difteria, tétanos y tos ferina), cuya cobertura en 2023 fue del 91%, encontrándose 11% por encima al Distrito (82%). Para el primer semestre de 2024, esta cobertura fue del 69% (61). (ver anexo 2)

Indicadores oferta de servicios de salud

Frente a la oferta de servicios de salud en atención prenatal, el 99,6% de los partos de la localidad de Bosa, fueron atendidos por personal calificado para este tipo de procedimientos médicos, aspecto que contribuye a minimizar riesgos de complicaciones obstétricas que pongan en peligro la vida del binomio. Adicionalmente, el 65,1% de los partos del 2023 corresponden a mujeres afiliadas al régimen contributivo, seguido del 29,4% del régimen subsidiado; finalmente de los 5.621 nacimientos registrados en dicho año, el 90% reportaron haber tenido cuatro o más consultas prenatales durante la gestación (ver anexo 1).

Mapa 15. Sedes Asistenciales de la Subred Sur Occidente en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024



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

La oferta de servicios de salud se dio en 2024 en 7 sedes propias de la Subred Sur Occidente y la unidad móvil con un consultorio de Atención diferencial para las mujeres cuidadoras, ubicado en la Casa de Justicia de Bosa perteneciente a una de las Manzana del Cuidado; las 6 sedes y la unidad

móvil son de media complejidad y el hospital de Bosa es de alta complejidad. todos estos centros de atención y el hospital cuentan con servicio odontológico, vacunación y toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas; los centros de atención El Porvenir, Pablo VI y Villa Javier, cuentan con atención pediátrica, el hospital de Bosa adicional de la atención pediátrica cuenta con una unidad para hospitalización; los centros de atención El Porvenir, José María Carbonell, Pablo VI y Villa Javier cuentan con atención en Psicología al igual que el hospital de Bosa; en cuanto a la atención Ginecobstétrica se encuentra en los centros de salud El Porvenir, Pablo VI y Villa Javier, el Hospital también cuenta con atención en Ginecobstetricia pero adicional se puede encontrar servicios como: atención del parto, cirugía ginecológica, frente a la atención en servicios como Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje se encuentra en Villa Javier y el Hospital de Bosa que además cuenta con atención de nutrición y dietética; entre otros servicios más. La mayoría de las sedes se ubican en la UPZ 85, las UPZ 49 y 84 cada una con una sede, la UPZ 87 con la unidad móvil y el hospital de Bosa y por último la UPZ 86 que no tiene ninguna sede (ver Mapa 15) (8).

2.4. Dimensión poblacional diferencial

En Bogotá, la población LGBTI y las mujeres no son las únicas cuyas necesidades y exclusión histórica en ámbitos de acceso a servicios de salud, ingresos, estabilidad laboral, entre otros han dificultado su calidad de vida a través del tiempo. Entre estas otras poblaciones que han experimentado esta y otras desigualdades, se encuentran la Población habitante de calle, la Población Migrante, la población rural, la población víctima del conflicto armado y los distintos grupos étnicos cuya residencia, ya sea de manera temporal o permanente es Bogotá y sus alrededores.

Población en Situación de Habitanza en Calle -PSHC-

Hablar conceptualmente del fenómeno de habitanza en calle, implica también tener en cuenta los cambios urbanísticos y sociales que vivió la ciudad de Bogotá; los cuales propiciaron un aumento de las personas viviendo en la calle, así como las nuevas dinámicas y formas de habitarla. De esta manera, el fenómeno de la habitabilidad en calle no tiene una única definición, debido a la multicausalidad de la situación en sí, la cual presenta determinantes asociados con la pobreza, las dinámicas poblacionales, territoriales e incluso políticas que han incidido en la existencia de la misma (62).

Según la *Política Pública Social para Habitantes de Calle 2021-2031*, la habitanza en calle es un fenómeno social urbano multicausal, caracterizado por el desarrollo de hábitos de vida en calle por parte de personas que generan dinámicas de vida complejas y no lineales, que estructuran una forma para obrar, pensar y sentir asociada a una posición social, es decir, el lugar que ocupa el individuo en la estructura social (63).

De acuerdo con el informe *“Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de las personas en situación de habitanza en calle de Bogotá”* del año 2024, se encontraron principalmente 7 factores que inciden en habitar la calle: el desplazamiento forzado, la falta de oportunidades en el campo laboral, el consumo de SPA, los problemas familiares y/o la violencia intrafamiliar, la orfandad, las enfermedades mentales y por elección propia (62). Cabe resaltar que, estos factores no poseen un ordenador pues en ocasiones uno de estos lleva a otro(s) y en algunas situaciones, se interrelacionan en algún momento de la experiencia de la habitanza en calle, esto debido a la multicausalidad del fenómeno en sí mismo.

Es importante mencionar que de acuerdo con el VIII Censo de Ciudadanos Habitantes de Calle -CHC- de Bogotá realizado en 2024, el 3,5% (n=364) de la población de Bogotá se ubica en la localidad de

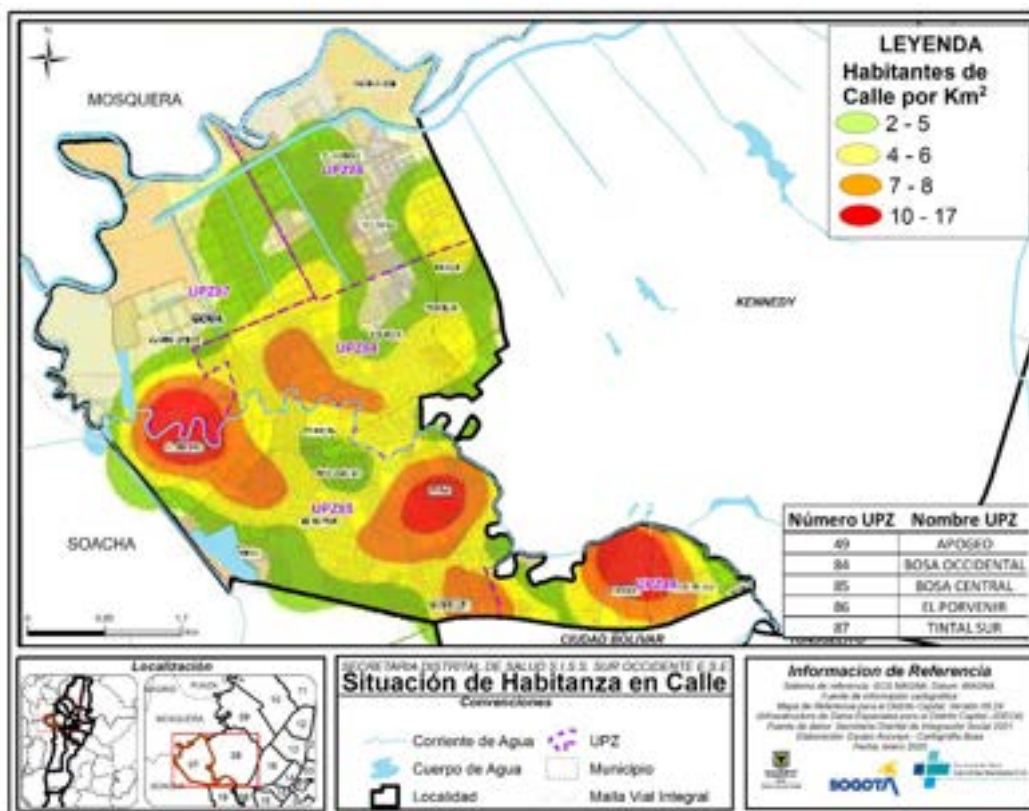
Bosa, de estos ciudadanos el 92% son hombres y el 72,5% son personas con edades entre 29 y 59 años, seguido del 18,1% jóvenes de 18 a 28 años. Vale la pena resaltar que el 71,9% de la PSHC de Bosa nació en Bogotá, siendo esta localidad una de las que concentra las mayores proporciones de personas locales en situación de habitanza en calle (64).

Dentro de las dinámicas territoriales, se evidencia particularmente para las localidades de Kennedy, Bosa y Fontibón, que la mayoría de PSHC prefieren pernoctar por la Subred, y sus desplazamientos están determinados por los horarios y los días en los cuales se saca la basura en los diferentes sectores, dependiendo de ello estos se desplazan o programan sus recorridos; así como la forma de movilizarse (a pie o colados en el transporte público), y si cuentan o no con carreta, puesto que cuando cuentan con ella, tienen la posibilidad de desplazarse a largas distancias (62).

En lo que respecta a Bosa, se destaca que la localidad limita al oriente con la localidad de Kennedy por lo que es frecuente el tránsito de PSHC entre una localidad y otra ya sea para acceder a la oferta de servicios que brinda la subred en articulación con SDIS en Subdirección Local Bosa donde se realizan constantemente jornadas de autocuidado para estas personas. De igual forma, se presenta una interacción territorial con la Subred Sur con la localidad de Ciudad Bolívar, debido a la conexión con el río Tunjuelito y la autopista sur, en donde pernoctan y/o se generan parches para el consumo de SPA (62).

En barrios como Villa Emma y Jazmín, el consumo de SPA se lleva a cabo principalmente en parques, zonas verdes y alrededores de ríos y canales. Sin embargo, el mayor índice de consumo se registró en la UPZ 85 Bosa Central, con un 55,6%, seguido por la UPZ 84 Bosa Occidental, que presenta un 32,4%. La UPZ 86 El Porvenir muestra cifras inferiores en comparación con el resto de la localidad de Bosa. Los datos indican que el porcentaje más bajo de riesgo de consumos iniciales (7%) se encuentra entre los adolescentes que participaron en la estrategia de Servicios de Orientación Juvenil (SOJU) en el año 2020. Los consumos iniciales más elevados entre los jóvenes de 10 a 26 años corresponden al tabaco y al cannabis, incrementándose debido a problemas familiares (12).

Mapa16. Situación de Habitanza en Calle en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2021



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

La presencia de PSHC en la jornada diurna se focaliza principalmente en tres zonas específicas: la primera en la UPZ 49 por todo el barrio Olarte hasta las calles aledañas a la avenida Villavicencio en el barrio Villa del Río, la segunda en la UPZ 85 en los alrededores de la plaza fundacional y en ella misma y la tercera a lo largo de la riberas en el río Tunjuelo y calles aledañas a este en las UPZ 87 y 85 en los barrios de San Bernardino, San José, Toche y Jardín dada la presencia de bodegas de reciclaje en estos barrios. En conjunto a las zonas anteriores hay dos zonas de concentración media: la primera en la UPZ 85 en el barrio la Estación colindante con la Autopista Sur y la segunda en la UPZ 84 desde Nova, pasando por el Remanso hasta Villas del progreso. A partir de estas 5 zonas en conjunto las PSHC se dispersan en menor cantidad por las UPZ 49, 84, 85 y 87, pero en la UPZ 86 su presencia diurna es menor limitándose a los barrios cercanos a las fronteras de las UPZ 84 y 87, (ver Mapa 16) (65).

Por su parte en la localidad de Bosa, el reciclaje es el principal oficio y se enmarca en determinados sectores donde se encuentran las bodegas de reciclaje (rodeando el humedal Tibanica, San José, San Bernardino, Villa Suaita, La Estación, José Antonio Galán y Clarendia), alrededor de las cuales se identifican zonas donde pernoctan con el mismo patrón de cercanía a cuerpos de agua (río Tunjuelo y los humedales Tingua Azul y La Isla), parques, separadores de la malla vial intermedia, zonas de servidumbre aérea para líneas de media tensión eléctrica y zonas de reserva vial sin inicio de obra. Otras zonas que se destacan en la localidad es la UPZ El Porvenir que, a diferencia de las zonas descritas anteriormente, es una zona de influencia de las bodegas de reciclaje y lugares de expendio de SPA en la frontera con el canal Cundinamarca de la UPZ Patio Bonito de Kennedy, y el barrio Olarte,

debido a su cercanía con el Portal del Sur (62). Es posible que la razón por la cual las PSHC en Bogotá frecuentan esta localidad es debido a la amplia presencia de centros de atención en salud dispersos por esta, más específicamente a los centros de atención CAPS Pablo VI y USS Bosa.

Migrantes

De acuerdo al Banco Mundial en su informe *“Una mirada actual al contexto migratorio y sus determinantes sociales”* del 2024, según los porcentajes de Pobreza Multidimensional para migrantes, principalmente para los venezolanos, el principal índice es la tasa de informalidad con un 88%, seguido por el Índice de Pobreza Multidimensional -IPM- el cual se encuentra en el 32,1% y en un tercer lugar, se ubican las privaciones en salud con un 58%, entendiendo que una de las barreras más recurrentes al momento de generar afiliación al sistema de salud es el estatus migratorio o la no posesión de documentos de identificación válidos, como el permiso de permanencia o la cédula de extranjería, si bien estas acciones no dependen del gobierno distrital es importante trabajar articuladamente para encontrar soluciones de mediano plazo que mejoren la afiliación de la población migrante al sistema de salud (66).

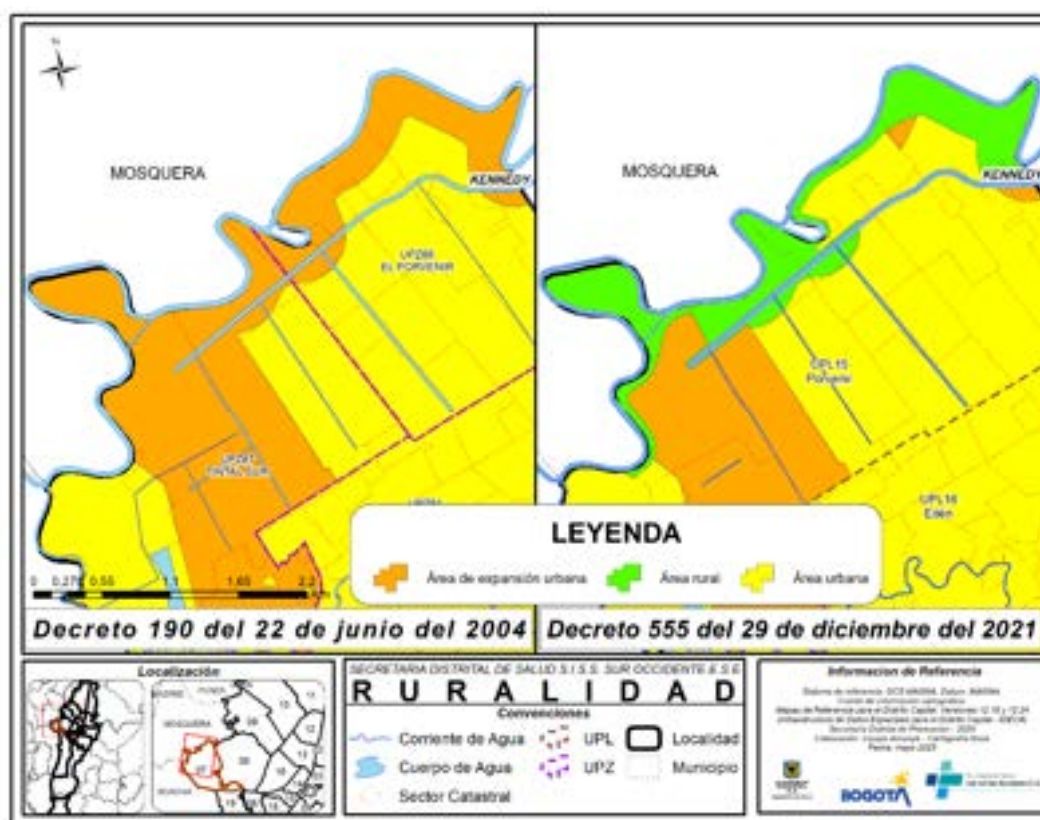
Los anteriores datos a nivel distrital muestran que, la incidencia de pobreza para las personas migrantes supera significativamente la incidencia general reportada para las personas tanto en el país como en el distrito, las cuales se encuentran en el 12,1% y 11.7%, respectivamente, comparada con los datos anteriormente ofrecidos, que reportan para las personas migrantes los porcentajes de 32.1% en la ciudad de Bogotá (66). Esto podría sugerir que el estatus migratorio es uno de los principales determinantes estructurales que afectan la calidad de vida y las posibilidades de desarrollo de la población migrante.

En 2017 la localidad de Bosa concentraba el 7,1% de la población migrante residente en el Distrito, ocupando la quinta posición; mientras que, en 2021, pasa al sexto lugar con el 8,5% de la población migrante de Bogotá (67). Además de lo anterior, la localidad registró un incremento de 48,1% en las tasas de incidencia de sífilis gestacional en 2023 en contraste con 2019, pese al aumento tan solo de un caso en dicho periodo. Por su parte, la sífilis congénita, tuvo reducción del 60,6% en 2022 frente a 2019, con un descenso de ocho casos respectivamente.

Ruralidad

De acuerdo con el decreto 555 del 29 de diciembre del año 2021 se define la delimitación de los suelos reglamentados: áreas urbanas, de expansión y área rural en la franja comprendida entre el río Bogotá y el canal Cundinamarca ubicado en la UPL 15 Porvenir.

Mapa 17. Ruralidad en la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024



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

Esta área rural está comprendida principalmente por fincas extensas de vocación de pastoreo para ganado lechero, dos predios pequeños con sus respectivas casas de uso residencial sin ninguna vocación agrícola y una gran extensión de tierra del acueducto de Bogotá con uso de conservación y preservación de la ronda hídrica del río Bogotá y una única vía de acceso sin pavimentar que lleva a estos predios y al patio taller del metro aledaño a esta área rural (ver Mapa 17) (8).

Según el documento “Análisis temático para la generación del documento Bogotá, rural y metropolitana” llevado a cabo por las Subredes Integradas de Servicios de Salud entre 2022 y 2023, la población de la zona rural de Bosa prefiere movilizarse principalmente a pie, en bicicleta o mediante el Sistema Integrado de Transporte -SITP- para acceder a los bienes y servicios básicos tales como alimentación, trabajo, salud y educación. Como principal dificultad en la movilización se identifica la desinformación de la población con respecto a los cambios de ruta que realizan en el SITP, situación que afecta principalmente a la población adulto mayor, ya que los canales de comunicación utilizados para dicha información (Aplicaciones móviles e internet) no son manejados por este grupo poblacional (68).

Este documento también identificó algunas potencialidades a nivel ambiental en la zona rural de la localidad de Bosa, en donde se encontraron prácticas de cuidado y protección de los recursos naturales, desarrolladas principalmente por parte de la comunidad Muisca y otros habitantes nativos del sector, tales como el adecuado uso de los cultivos de pan coger y otras plantas medicinales; sin embargo, como consecuencia de las reformas en el uso del suelo y el proceso de expansión urbana, se han evidenciado algunos conflictos socioambientales, asociados principalmente al inadecuado

manejo de residuos sólidos; lo anterior, sumado al inadecuado manejo de aguas residuales, las cuales afectan a la comunidad con respecto a los olores ofensivos que son emanados por el río Tunjuelito, dada la contaminación generada por las descargas directas de industrias y viviendas que este mismo cuerpo de agua lleva en su tránsito por la localidad de Bosa (69).

Desde el aspecto social, se destaca la organización comunitaria por parte de aquellos residentes con mayor tiempo de estadía en los barrios Potrerito, para la satisfacción de algunas necesidades; entre estas aquellas relacionadas con el suministro de agua, el acceso a alimentos, a través de cultivos de pan coger y huertas urbanas; y la movilidad dentro de los barrios San José II sector y San Bernardino principalmente en casos de alguna emergencia.

En cuanto al aspecto económico, se pudo evidenciar que la población residente del sector rural de Bosa y de expansión urbana (como dinámica), se desempeña principalmente en emprendimientos propios o en otros trabajos informales u operativos. No obstante, debido a los proyectos de expansión se evidencia que las prácticas agropecuarias tradicionales han sido modificadas y han permitido que la población se desempeñe en otros oficios, dando paso a un proceso de rururbanización² dentro del territorio, que podría ser considerado como una potencialidad para el crecimiento económico de localidad puesto que incrementa la creación de microempresas que faciliten la compra de bienes y servicios a los que no se tendría fácil acceso en un territorio netamente rural; así mismo reduce la necesidad de movilización de la población hacia otros establecimientos más alejados del territorio.

Población NARP

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

Según el documento de “Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad (ACCVSyE) de las comunidades negras afrocolombianas residentes en Bogotá D.C.” de la SDS del año 2024, las personas NARP residentes en Bogotá provienen de diferentes regiones del país, lo que provoca una diversidad social profunda, debido a que, en cada región, existen expresiones socioculturales y de pensamiento en salud diferentes. A partir de esto, se entiende que hay variedad en relación con sus saberes, gastronomía, espiritualidad y sus técnicas de curación ancestral (70). En la localidad de Bosa en el año 2021, la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la población indígena de Bogotá alcanzó un 88,7%, cifra comparable a la de la población afrodescendiente, que fue del 89,7%. Sin embargo, esta cifra es inferior al 91,5% de afiliación de aquellos que no son reconocidos como pueblos étnicos. Estos datos indican que no existe un avance significativo en las políticas de aseguramiento del sistema de salud, ya que la afiliación de la población indígena se

² Ocurre cuando la ciudad ejerce influencia sobre las zonas rurales que la rodean, pero al ser sus costos tan elevados, muchas de las actividades económicas y vivenciales que normalmente ocurren en su interior empiezan a ubicarse sobre terreno rural, como islas urbanas en lo rural.

Fuente: <https://concepto.de/urbanizacion/#ixzz7svktgYlm>

mantiene por debajo de la media distrital. Esta limitación en el acceso a los servicios de salud dificulta la atención de problemas de salud comunes en la comunidad, como la hipertensión, las caries dentales, la fiebre, la rinofaringitis aguda y el lumbago no especificado. En el caso de las mujeres, se presentan problemas como las caries y la hipertensión esencial, mientras que los hombres enfrentan condiciones similares. (12)

La situación habitacional de la población NARP en Bogotá revela por un lado, que las dificultades para conseguir empleo al limitar su estabilidad de ingresos exponen a esta población a condiciones de vida precarias, por otro lado, la discriminación racial y las barreras sociales perpetúan el ciclo de desigualdad al obstaculizar su integración en la ciudad, afectando además su acceso a servicios, vivienda u oportunidades educativas (70).

Dentro de las principales localidades que focalizan la mayor cantidad de población NARP en Bogotá se encuentra Bosa, debido a que encuentran diferentes tipos de oferta como atención médica, trabajo, educación y redes familiares de apoyo (71).

Cabe resaltar que, a pesar de que las comunidades NARP se encuentran en un territorio ajeno al de su origen, han mantenido diferentes prácticas ancestrales relacionadas con la lengua propia, la gastronomía, artesanías, celebración de festividades, medicina ancestral, y desarrollo de actividades y experiencias de vida de manera comunitaria, pues la población se caracteriza por desarrollar sus actividades de manera conjunta, transmitiendo sus costumbres ancestrales (70) (71) en espacios como los kilombos³.

En el caso de Bosa el Kilombo Niara Sharay se encuentra ubicado en el CLAV - Centro Local Atención a Víctimas -, el cual se localiza en la UPZ 87 Tintal Sur en el barrio Metrovivienda o Ciudadela el Recreo y realiza la cobertura a la población de las localidades de Bosa y Fontibón. A pesar que su localización es privilegiada para que la población NARP residente en las UPZ (84, 86 y 87) de predominio de estratos 1 y 2, no lo es para la población NARP residente las UPZ (85 y 49), sin embargo, esta población NARP lejana en la UPZ 84 puede acceder a través de las 3 rutas de SITP que llegan al paradero más cercano, pero que solamente pasan por Bosa centro dejando con obligación del transbordo a la población NARP residente al occidente de esta UPZ y para la que residen en la UPZ 49 hay una sola ruta para la cual deben desplazarse hasta la autopista sur para abordar dicho transporte; por su parte para la población NARP de la localidad de Bosa es de mayor complejidad dado que solamente hay tres rutas de SITP que viene por toda la Avenida Ciudad de Cali, por lo que la población NARP que reside en la UPZ (75, 76 y 77) deberá tomar una ruta hasta esta avenida para allí transbordar o tomar la única ruta que viene desde el aeropuerto por toda la KR 100 hasta la CL 17 por la cual gira para tomar la avenida ciudad de Cali hasta Bosa, para la cual los residentes de la UPZ 76 y los que viven lejos de estas vías en las UPZ 75 y 77 deberán desplazarse hasta la zona céntrica de la localidad para transbordar, donde las mujeres, promotoras de la cultura, se identifican como cantoras, parteras, curanderas, rezanderas y matronas, y poseen un papel representativo para su comunidad.

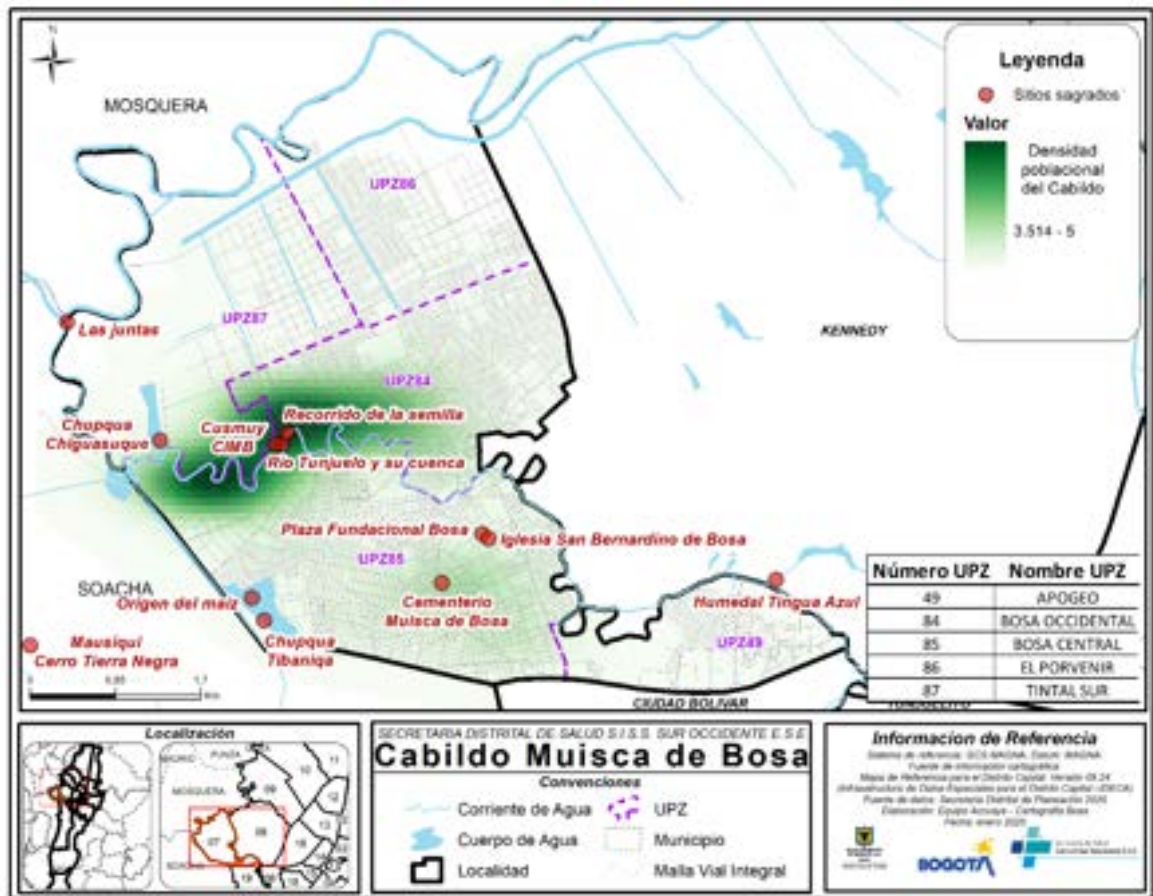
Población indígena: Muisca

Bosa es una de las localidades en Bogotá que posee el mayor número de residencia de comunidad indígena en la ciudad. La población del cabildo Muisca de Bosa, se concentra principalmente alrededor de la ronda del río Tunjuelo a ambos costados de este cuerpo de agua, teniendo residencia en las UPZ 84, 85 y 87 ubicándose al costado norte del río en barrios desde la Paz y Bosa Nova, pasando por San Pedro, la Independencia, el Remanso, Villas del Progreso, Villa Emma, San

³ espacio en donde puedan recibir atención en salud con herramientas terapéuticas de la medicina tradicional afrocolombiana (71).

Bernardino, Potreritos y la vega de San Bernardino hasta llegar a San José en límite con el Humedal la Isla (sitio sagrado: Chupqua Chiguasuque); por el costado sur del río abarcando los barrios de Toche y el Jardín. Esta zona descrita previamente es la que mayor población del cabildo agrupa teniendo como epicentro el sitio sagrado del Cusmuy, sin embargo, en la UPZ 85 existe otra zona de menor concentración de la población ubicada entre los sitios sagrados del cementerio Muisca y la plaza fundacional e Iglesia San Bernardino. La mayoría de los sitios sagrados para la comunidad del cabildo Muisca se localizan en la UPZ 85, seguido de la UPZ 84 donde se ubica el Cusmuy y finalmente la UPZ 87 donde solo hay 2; sin embargo, hay sitios sagrados cercanos a la localidad en los municipios de Soacha y Mosquera y un sitio sagrado (Humedal Tingua Azul) compartido con la localidad de Kennedy cuya parte en Bosa está ubicada en la UPZ 49 (ver Mapa 18) (40).

Mapa 18. Cabildo Muisca de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2020



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Secretaria Distrital de Planeación, 2020. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

Según la información suministrada en el documento de “Análisis de Condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad (ACCVSyE) diferencial de los pueblos indígenas en Bogotá”, estas comunidades se caracterizan por el uso de casas ceremoniales para conectar con sus tradiciones, mantener los vínculos entre sus miembros y promover el tratamiento ancestral de sus enfermedades y padecimientos a través de prácticas etnomédicas basadas en el uso de plantas medicinales, la partería, rituales, entre otras (72).

El Cabildo Indígena Muisca, se comprende dentro de las dinámicas sociales propias de la comunidad, la cual se encuentra definida a partir de los *clanes familiares*⁴ para la respectiva identificación de los grupos comuneros los cuales tienen rasgos comunes como: lazos de parentesco, consanguinidad, en algunos casos se identifican por el ejercicio de un oficio o labor, estos se concentran especialmente en una parte específica del territorio y son reconocidos en su mayoría por algún apodo o sobrenombre que representan oficios, características o riquezas que los identificaba y ubicaba en el territorio; de esta manera los Muiscas se caracterizan por ser una comunidad con estrechos lazos de hermandad (73). En ocasiones, no todos los integrantes del clan participan en los escenarios comunitarios, pero algunos de sus representantes o líderes se encargan de transmitir y mantener informado al clan sobre las actividades o procesos que se adelantan. Es así como, dependiendo de la participación o representación de algún integrante del clan familiar, el resto del clan se moviliza para apoyar o respaldar a su líder (73).

En las prácticas cotidianas, los saberes ancestrales son transmitidos generacionalmente, destacando las dinámicas propias de la comunidad en torno a creencias, costumbres, tradiciones, oficios, cosmovisión, cosmogonía, percepción de la vida y la muerte. De igual manera, el territorio posee un importante significado para los Muiscas, ya que es en donde se permite vislumbrar la actividad de la vida, cultura e identidad desde la concepción cosmológica en la que habita el Gran ser (*Tchyminigagua*) que imprime vida en la madre tierra (*Hitcha Guaia*). Para el pueblo Muisca, la *Ley de Origen* es la ruta de navegación para conservar el orden y equilibrio del mundo, se debe mantener para que las diferentes generaciones puedan vivir en paz, mantenerse y no desaparecer como pueblos ancestrales (73).

Adicionalmente, la comunidad cuenta con diferentes formas sociales de encuentro y comunicación trazadas desde la organización política del cabildo indígena, dentro de ellas se destacan amplias reuniones familiares, los encuentros comunitarios como las asambleas generales, los acompañamientos a descansar (entierro) de algún integrante de la comunidad, los festivales y las fiestas o fechas importantes como las Rogativas o la Semana Santa, en donde se evidencian prácticas como el convite o el trueque (73).

Concluyendo, la localidad de Bosa presenta dinámicas en salud relacionadas con la presencia de distintos grupos poblacionales cuyas necesidades y contextos, si bien son distintos entre sí, comparten ciertas experiencias al interactuar con determinantes sociales asociados al género, raza, condición socioeconómica y edad, los cuales al relacionarse con barreras institucionales, ausencia de prácticas de vida saludables, inseguridad, exposición a condiciones ambientales insalubres, informalidad o discriminación, limitan la posibilidad que la población local para acceder al sistema de salud y mejorar condiciones de vida.

Las problemáticas estructurales, perpetúan las situaciones de desigualdad. Sin embargo, es importante aclarar que, si bien al vivir en un contexto en el cual la predominancia de los estratos socioeconómicos más vulnerables puede influir negativamente en la capacidad de los individuos de acceder a los distintos servicios y profundizar las brechas socioeconómicas, también coadyuvan a potencializar acciones concretas relacionadas con el acceso a servicios de salud, la educación y ofertas institucionales.

⁴ En la actualidad, se entiende como “Clanes Familiares” a la agrupación de personas que comparten una línea de parentesco, arte u oficio tradicional, y un apodo o sobrenombre, siendo importante entender que se debe realizar una profundización analítica con una visión antropológica desde el parentesco (73).

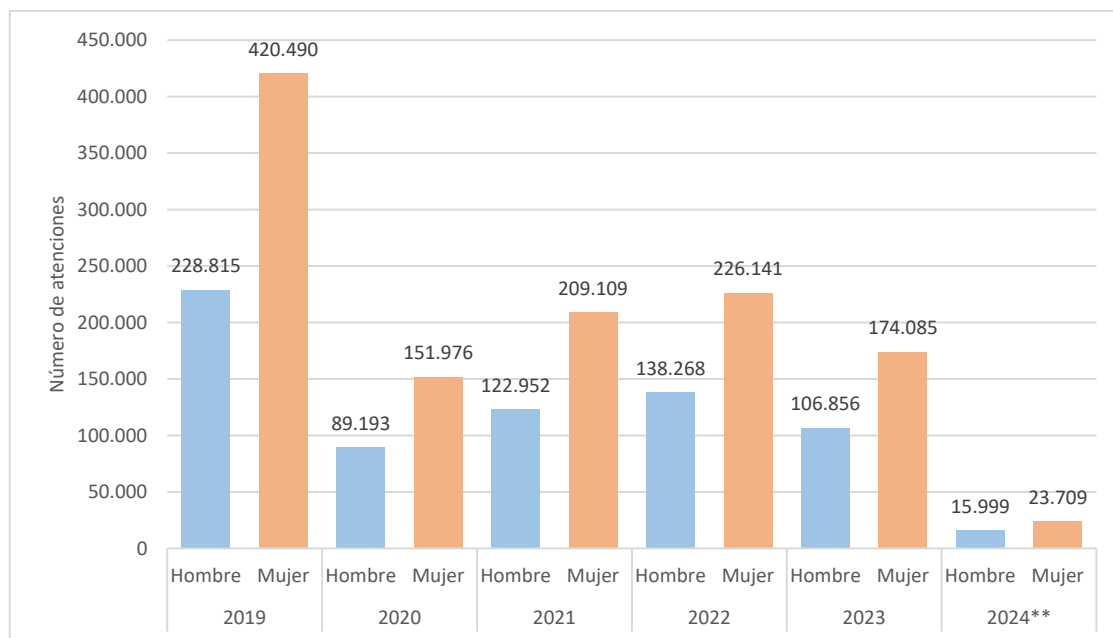
Por otro lado, otro de los determinantes a los cuales las poblaciones diferenciales en Bosa suelen enfrentarse es la ausencia de ingresos estables, la poca oferta laboral existente en la localidad, reflejadas en las bajas tasas de ocupación y altas tasas de informalidad y desempleo, además de ser víctimas de acciones discriminatorias no solo en la calle o contextos familiares, sino al momento de acceder a los servicios de salud, las cuales no solo victimizan a la población diferencial de Bosa, sino pueden ser factores claves al momento de explicar el por qué en ocasiones las poblaciones diferenciales acceden a los servicios de salud solo en situaciones críticas o tienden a evitar estos centros de atención, como el centro de salud Villa Javier, la Unidad Pablo VI, Olarte, San Bernardino, Bosa y Bosa Centro, empeorando de esta forma no solo sus condiciones de vida, sino aumentando la presencia de indicadores negativos de salud, relacionados con las principales problemáticas que estas padecen, cómo las afecciones bucales, gastrointestinales y las condiciones de salud mental.

Además de lo anterior, si bien se pueden destacar la existencia de prácticas de autocuidado, tratamientos ancestrales, formación de vínculos e iniciativas que los miembros de las poblaciones pueden establecer entre ellos para mejorar su calidad de vida, los discursos predominantes en la sociedad, relacionados con la acumulación de capital, el desarrollo de identidades normativas, relacionamiento con el territorio, la homogeneización de aspiraciones de vida y más específicamente los que promueven la medicina occidental invisibilizan y estigmatizan a aquellas personas cuyas formas de vivir o concepciones son contrarias a estos discursos. Estas prácticas de cuidado no suelen ser homogéneas entre sí y, para el caso de la Población Indígena Muisca, la ubicación del cabildo en la localidad les permite establecer una relación específica con el territorio, en la cual este les otorga lo necesario para satisfacer sus necesidades, estar en contacto con sus tradiciones y prácticas relacionadas con la etnomedicina, además de mantener los lazos y conexiones entre sus miembros mediante asambleas y encuentros en los cuales abordan problemáticas, coordinan posibles acciones o resoluciones y las comunican en los núcleos familiares.

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

3.1. Morbilidad General

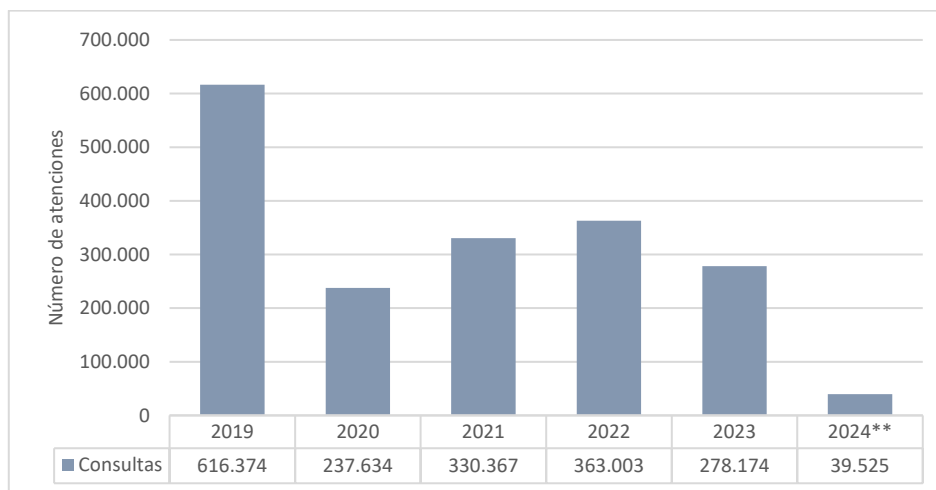
En Bosa, durante el periodo 2019 a primer semestre de 2024, se identificaron 1.907.593 atenciones realizadas por las IPS que prestan sus servicios en la localidad, siendo el 2019 el año con el mayor número de atenciones 649.305 (34%), lo cual correspondió al 6,8% de las realizadas en la Subred y al 1,3% de las llevadas a cabo en Bogotá. Por el contrario, el 2020 fue el periodo en el que menos atenciones se registraron 241.169 (12,6%) del total de aquellas realizadas en el periodo de análisis. Dicho año mostró una reducción de 62,9% con respecto a 2019 en el número de atenciones, lo cual podría atribuirse a la llegada del SarsCoV2 y las distintas medidas de contención y mitigación adoptadas por los servicios de salud; el año 2023 tuvo decremento del 56,7% en contraste con el 2019. Es de resaltar un predominio importante en atenciones a mujeres durante todo el periodo de análisis, dado que el 63% de estas corresponden a personas del sexo femenino (ver Gráfica 2).

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

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

* parcial y preliminar (I semestre 2024)

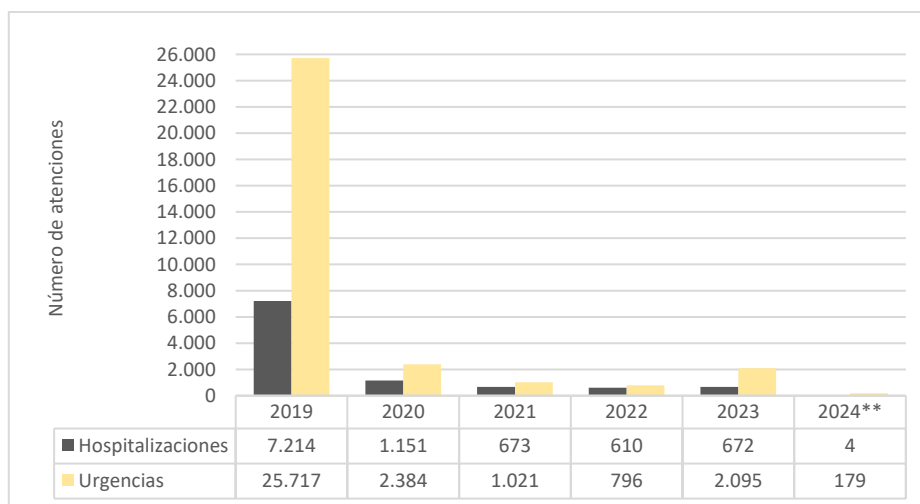
Frente al servicio, el 97,8% (n = 1.865.077) de las atenciones del periodo analizado se concentraron en las consultas, seguido del 1,7% (n = 32.192) correspondiente a urgencias y el restante hace parte de las hospitalizaciones, observando año tras año el mismo comportamiento (ver Gráfica 3y Gráfica 4).

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

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

* parcial y preliminar (I semestre 2024)

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



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

* parcial y preliminar (I semestre 2024)

Al revisar el comportamiento por quinquenios, se evidencia que, en el periodo analizado, la mayor proporción de las atenciones corresponden al grupo de 20 a 24 años con el 10,3% (n = 196.246), seguido de las edades comprendidas entre 25 y 29 años con el 9,8% (n= 187.596); por el contrario, el grupo de edad con menor proporción de atenciones se ubica entre los 75 y 79 años, seguido de los mayores de 80 años con 1,2% (n= 22.879) y 1,5% (n= 28.053), respectivamente (ver Tabla 6).

Teniendo en cuenta las atenciones registradas durante el periodo de análisis, se observa que el 34% se concentró en el 2019, dicho año también registró el mayor número de consultas en jóvenes de 20 a 24 años (n= 57.408), además de 3.896 ingresos por urgencias y 1.182 hospitalizaciones en la población de este rango de edad. Para los siguientes años, desde 2020 hasta 2023, las hospitalizaciones se concentraron en las edades de 0 a 4 años, las urgencias en 2021 y 2022 en menores de 4 años y a partir de 2023 en jóvenes de 20 a 24 años; el servicio de consulta conservó su comportamiento hasta 2021 con mayor número de atenciones en edad de 20 a 24 años, finalmente desde 2022 hasta 2024 la edad con mayor proporción se ubicó entre 25 a 29 años (ver Tabla 6).

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

Edad	Servicio	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
0 - 4 años	Consultas	52.483	13.227	15.694	16.208	10.964	1.230
	Hospitalizaciones	924	210	335	290	187	0
	Urgencias	3.633	300	340	323	353	16
	Total	57.040	13.737	16.369	16.821	11.504	1.246
5 - 9 años	Consultas	46.152	14.074	19.764	20.124	14.775	1.600
	Hospitalizaciones	214	44	28	55	60	1
	Urgencias	1.248	94	43	65	137	17
	Total	47.614	14.212	19.835	20.244	14.972	1.618
10 - 14 años	Consultas	38.999	14.933	23.515	25.802	18.225	2.474
	Hospitalizaciones	169	49	28	49	49	1
	Urgencias	883	89	39	52	87	7
	Total	40.051	15.071	23.582	25.903	18.361	2.482
15 - 19 años	Consultas	50.326	19.306	30.780	29.965	21.365	3.982
	Hospitalizaciones	613	133	42	39	71	0
	Urgencias	2.404	273	46	43	348	16
	Total	53.343	19.712	30.868	30.047	21.784	3.998
20 - 24 años	Consultas	57.408	24.766	39.880	35.474	28.166	4.175
	Hospitalizaciones	1.182	174	41	21	75	0
	Urgencias	3.896	431	58	33	435	31
	Total	62.486	25.371	39.979	35.528	28.676	4.206
25 - 29 años	Consultas	52.262	24.407	35.550	37.124	29.305	4.601
	Hospitalizaciones	754	143	32	30	51	0
	Urgencias	2.626	350	61	37	245	18
	Total	55.642	24.900	35.643	37.191	29.601	4.619
30 - 34 años	Consultas	42.883	20.951	28.875	32.021	26.314	3.660
	Hospitalizaciones	474	87	23	23	42	0
	Urgencias	1.589	219	58	40	148	13
	Total	44.946	21.257	28.956	32.084	26.504	3.673
35 - 39 años	Consultas	41.271	23.334	29.794	32.419	26.316	3.393
	Hospitalizaciones	355	61	31	16	25	0
	Urgencias	1.293	135	64	33	67	14
	Total	42.919	23.530	29.889	32.468	26.408	3.407
40 - 44 años	Consultas	36.448	17.600	24.432	28.392	22.492	3.096
	Hospitalizaciones	271	45	15	15	18	1
	Urgencias	993	130	40	34	49	11
	Total	37.712	17.775	24.487	28.441	22.559	3.108
45 - 49 años	Consultas	36.734	16.305	21.906	25.353	19.365	2.619
	Hospitalizaciones	273	36	22	13	18	0
	Urgencias	996	77	51	25	52	10
	Total	38.003	16.418	21.979	25.391	19.435	2.629
50 - 54 años	Consultas	36.007	15.540	19.785	24.625	18.430	2.498
	Hospitalizaciones	237	42	18	17	18	0
	Urgencias	961	89	58	23	41	11
	Total	37.205	15.671	19.861	24.665	18.489	2.509
55 - 59 años	Consultas	33.094	12.214	15.349	20.329	15.800	2.166
	Hospitalizaciones	266	35	10	5	14	1
	Urgencias	1.013	62	35	22	33	3
	Total	34.373	12.311	15.394	20.356	15.847	2.170
60 - 64 años	Consultas	25.678	8.137	10.101	14.517	11.463	1.559
	Hospitalizaciones	274	22	13	5	13	0
	Urgencias	911	42	37	18	35	4
	Total	26.863	8.201	10.151	14.540	11.511	1.563
65 - 69 años	Consultas	21.060	5.491	6.296	8.512	7.050	1.015
	Hospitalizaciones	259	25	12	9	6	0
	Urgencias	816	30	39	19	24	2
	Total	22.135	5.546	6.347	8.540	7.080	1.017
70 - 74 años	Consultas	16.751	3.576	3.892	5.758	4.311	672
	Hospitalizaciones	270	21	8	10	9	0
	Urgencias	718	32	19	14	21	0
	Total	17.739	3.629	3.919	5.782	4.341	672
75 - 79 años	Consultas	12.001	1.880	2.165	3.387	2.123	426
	Hospitalizaciones	225	6	7	3	4	0
	Urgencias	604	14	21	3	7	3
	Total	12.830	1.900	2.193	3.393	2.134	429
80 y más años	Consultas	16.817	1.893	2.589	2.993	1.710	359
	Hospitalizaciones	454	18	8	10	12	0
	Urgencias	1.133	17	12	12	13	3
	Total	18.404	1.928	2.609	3.015	1.735	362

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

* parcial y preliminar (I semestre 2024)

De acuerdo con las principales causas de atención en el servicio de consulta para 2023, se observa que el 32,4% (n= 34.285) de los hombres y el 25,6% (n= 44.058) de las mujeres fueron atendidas en

la localidad por enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares. En los hombres, las siguientes causas de atención fueron las relacionadas con otras dorsopatías, infecciones agudas de las vías respiratorias superiores y trastornos de los músculos oculares. En el caso de las mujeres, en menor proporción se atendieron consultas por trastornos de la glándula tiroides, infecciones agudas de las vías respiratorias superiores y otras dorsopatías (ver Tabla 7). Es importante resaltar que la principal causa de atención en el servicio de consulta durante el primer semestre de 2024 en hombres con el 41,6% (n= 6.549), continúa siendo las enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales, al igual que para las mujeres con el 32,9% (n= 7.781).

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

Diagnóstico	Atenciones Hombres		Diagnóstico	Atenciones Mujeres	
	n	%		n	%
Enfermedades De La Cavidad Bucal De Las Glándulas Salivales Y De Los Maxilares	34.285	32,4%	Enfermedades De La Cavidad Bucal De Las glándulas Salivales Y De Los Maxilares	44.058	25,6%
Otras Dorsopatías	3.616	3,4%	Trastornos De La glándula Tiroides	5.322	3,1%
Infecciones Agudas De Las vías Respiratorias Superiores	3.372	3,2%	Infecciones Agudas De Las vías Respiratorias Superiores	5.188	3,0%
Trastornos De Los músculos Oculares Del Movimiento Binocular De La acomodación Y De La refracción	2.768	2,6%	Otras dorsopatías	4.854	2,8%
Otros Trastornos De Los Tejidos Blandos	2.345	2,2%	Trastornos episódicos Y paroxísticos	4.431	2,6%
Síntomas Y Signos Generales	13.902	13,1%	Síntomas Y Signos Generales	27.312	15,9%
Personas En Contacto Con Los Servicios De Salud Para investigación Y exámenes	2.977	2,8%	Personas En Contacto Con Los Servicios De Salud Para investigación Y exámenes	4.602	2,7%
<i>Otros Diagnósticos</i>	42.604	40,2%	<i>Otros Diagnósticos</i>	76.538	44,4%
TOTAL	105.869	100%	TOTAL	172.305	100%

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

Para el mismo periodo, el 10,9% (n= 33) de los hombres fueron hospitalizados por infecciones agudas de las vías respiratorias superiores y el 8,9% (n= 27) a causa de traumatismos de la cabeza; por su parte, el 15,8% (n= 58) de las mujeres debieron ser hospitalizadas para llevar a cabo su parto y el 9,5% (n= 35) por embarazos terminados en abortos. Dentro de las atenciones más frecuentes en hombres que requirieron hospitalización también se encuentran los traumatismos de la cabeza, los síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y los traumatismos de la muñeca y la mano; en

el caso de las mujeres las demás causas de atención estaban relacionadas con síntomas que involucran el sistema digestivo y las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (ver Tabla 8). Durante el primer semestre de 2024, los principales motivos de hospitalización en hombres fueron los traumatismos de muñeca y mano, enfermedades del apéndice y otras enfermedades de las vías respiratorias, en cuanto a las mujeres, no se tiene registro de hospitalizaciones para dicho periodo.

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

Diagnóstico	Atenciones Hombres		Diagnóstico	Atenciones Mujeres	
	n	%		n	%
Infecciones Agudas De Las vías Respiratorias Superiores	33	10,9%	Parto	58	15,8%
Traumatismos De La Cabeza	27	8,9%	Embarazo Terminado En Aborto	35	9,5%
Síntomas Y Signos Que Involucran El Sistema Digestivo Y El Abdomen	20	6,6%	Síntomas Y Signos Que Involucran El Sistema Digestivo Y El Abdomen	31	8,4%
Traumatismos De La muñeca Y De La Mano	13	4,3%	Infecciones Agudas De Las vías Respiratorias Superiores	16	4,3%
Infecciones De La Piel Y Del Tejido subcutáneo	12	3,9%	Otros Trastornos Maternos Relacionados Principalmente Con El Embarazo	11	3,0%
Síntomas Y Signos Generales	32	10,5%	Síntomas Y Signos Generales	29	7,9%
<i>Otros Diagnósticos</i>	167	54,9%	<i>Otros Diagnósticos</i>	188	51,1%
TOTAL	304	100%	TOTAL	368	100%

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

De otro lado, el servicio de urgencias reportó el 10,5% (n= 72) de las atenciones en hombres por infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, seguido del 8,3% (n= 57) de los traumatismos en la cabeza, en su orden otras causas de asistencia al servicio de urgencias fueron las relacionadas con traumatismos de la muñeca o mano y enfermedades de la cavidad bucal. En cuanto a las mujeres, el 22,6% (n= 319) de los ingresos por urgencias fueron a causa de otras dorsopatías, seguido del 14,3% (n= 202) a causa de signos y síntomas que involucran el sistema digestivo y el abdomen, dentro de las principales causas de consulta a urgencias también se encuentran otros trastornos maternos relacionados con el embarazo, embarazo terminado en aborto y enfermedades de la cavidad bucal y las glándulas salivales (ver Tabla 9). Durante el primer semestre de 2024, el principal motivo de consulta en el servicio de urgencias en hombres son los traumatismos en la cabeza con el 13,3% (n= 14) y en las mujeres el 16,2% (n= 12) los síntomas que involucran el sistema digestivo y el abdomen.

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

Diagnóstico	Atenciones Hombres		Diagnóstico	Atenciones Mujeres	
	n	%		n	%

Infecciones Agudas De Las vías Respiratorias Superiores	72	10,5%	Otras dorsopatías	319	22,6%
Traumatismos De La Cabeza	57	8,3%	Síntomas Y Signos Que Involucran El Sistema Digestivo Y El Abdomen	202	14,3%
Traumatismos De La muñeca Y De La Mano	41	6,0%	Otros Trastornos Maternos Relacionados Principalmente Con El Embarazo	87	6,2%
Enfermedades De La Cavidad Bucal De Las glándulas Salivales Y De Los Maxilares	33	4,8%	Embarazo Terminado En Aborto	73	5,2%
Traumatismos Del tórax	31	4,5%	Enfermedades De La Cavidad Bucal De Las glándulas Salivales Y De Los Maxilares	48	3,4%
Síntomas Y Signos Generales	44	6,4%	Síntomas Y Signos Generales	43	3,0%
<i>Otros Diagnósticos</i>	405	59,3%	<i>Otros Diagnósticos</i>	640	45,3%
TOTAL	683	100%	TOTAL	1.412	100%

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

Finalmente es importante mencionar que según información suministrada por SDS (74) durante 2024 con corte a junio, en la localidad Bosa, se atendieron 91.254 personas por el área de consultas, lo que corresponde al 48,1% menos que los individuos atendidos en 2023 (n=175.831), proyectando así un cierre de año para el 2024 similar al registro de 2023; en el servicio de urgencias el comportamiento en 2024pp* fue similar, pasando de 1.760 personas atendidas en 2023 a un 83,9% menos (n=283). Por su parte, en 2023 se tuvo 660 hospitalizaciones en contraste con 2024pp* que se registraron 140, con una reducción de 78,8%; para estos dos servicios el año 2024 se proyecta con cifras inferiores a las registradas en el año inmediatamente anterior.

Eventos de Notificación Obligatoria

A continuación se presenta semaforización de los eventos de notificación obligatoria al sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA, teniendo en cuenta que el color rojo representa la mayor concentración de casos y el verde la menor proporción de notificaciones; se desagregan los eventos relacionados con vigilancia de la rabia, intoxicaciones, violencias, neoplasias, enfermedades de causa desconocida, eventos de salud materno perinatal, transmisibles, de salud sexual y reproductiva, entre otros, durante el periodo 2019 a primer semestre 2024. Vale la pena aclarar que, durante el periodo de análisis no se registraron casos de mortalidad asociada a desnutrición en menores de cinco años, parálisis flácida aguda y sarampión/rubéola. Es importante mencionar los eventos que mostraron incremento en el número de casos notificados en 2023 en contraste con 2019, además de aquellos cuya tendencia en el primer semestre de 2024, se proyecta hacia el aumento (ver Tabla 10).

Es así, como la violencia intrafamiliar y de género en 2023 tuvo un incremento de 40,3% frente a 2019 y para el primer semestre de 2024 ya se encontraba en similar comportamiento al cierre del año inmediatamente anterior. Por otro lado, las intoxicaciones también mostraron incremento del

23,9% en 2023 en contraste con 2019 y para el 2024 en su primer semestre ya había superado la cifra total del año anterior. De la misma manera sucede con los eventos cáncer de mama y cérvix, sífilis gestacional, desnutrición aguda en menor de cinco años, lepra, la tuberculosis en todas sus formas, hepatitis, VIH/Sida y Hepatitis A, en donde se evidencia incremento en 2023 con respecto a 2019 y/o tendencia hacia el aumento en el primer semestre de 2024 (ver Tabla 10).

Frente a la vigilancia centinela⁵, se observa un incremento en casi 2 veces más en la notificación de evento en 2023 respecto a 2019 y en más del 100% durante el primer semestre de 2024, en contraste con la cifra del 2023, lo cual sugiere una mayor adherencia al protocolo del evento 345 del Instituto Nacional de Salud -INS-, por parte del personal de salud de las unidades notificadoras centinelas (ver Tabla 10).

⁵ Es una de las estrategias de vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda que se consolida como la manera más eficaz de recopilar datos oportunos y de buena calidad; se lleva a cabo en un número limitado de instituciones, de manera sistemática y rutinaria. La vigilancia centinela de Enfermedad Similar a Influenza (ESI) se centra en las manifestaciones leves de influenza en pacientes ambulatorios, mientras la vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) se usa para monitorear a las personas con enfermedad respiratoria que han sido admitidas a un hospital. La vigilancia centinela de ESI-IRAG se realiza en UPGD priorizadas en el país, teniendo en cuenta diferentes criterios como factibilidad, sostenibilidad representatividad de la población y disponibilidad de datos; estas instituciones deben recolectar muestras respiratorias a todos los casos que cumplen con la definición y realizar la notificación de estos al sistema de vigilancia; dichas UPGD se encuentran mencionadas en la Circular Externa Conjunta 0031 del 3 de agosto de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social.

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

Evento notificado	2019	2020	2021	2022	2023	Jun-2024 p*	Tendencia
Vigilancia de la Rabia							
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	1901	1406	1634	1758	1837	593	
Intoxicaciones							
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metaños, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	159	120	152	220	197	218	
Violencias							
Violencia intrafamiliar y de género	4149	3169	3456	4775	5820	5748	
Neoplasias							
Cancer (mamá, cervix)	157	194	274	358	327	228	
Cancer infantil (menores de 18 años)	35	35	21	31	29	24	
Enfermedades de causa desconocida							
Enfermedades huérfanas - raras	292	173	198	145	221	174	
Salud materno perinatal							
Morbilidad materna extrema	555	546	514	478	479	351	
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	97	111	96	97	69	51	
Sífilis gestacional	103	124	111	106	104	79	
Sífilis congénita	27	31	16	13	9	10	
Salud en menores de cinco años							
Desnutrición aguda en menores de 5 años	347	190	330	521	470	288	
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años (IRA, EDA, Desnutrición)	7	2	1	8	0	4	
EAPV							
Evento adverso seguido a la vacunación	15	24	15	11	16	0	
Eventos Transmisibles							
Meningitis	12	4	5	3	10	12	
Parotiditis	465	134	59	79	79	77	
Tosferina	8	0	0	0	0	0	
Varicela	1038	230	236	413	507	331	
Enfermedad similar a influenza - IRAG (vigilancia centinela)	16	11	15	43	60	129	
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	3	8	0	8	0	1	
Lepra	2	2	4	5	3	2	
Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	80	80	78	95	130	57	
Tuberculosis farmacorresistente	1	1	3	5	3	3	
Salud Sexual y Reproductiva							
Hepatitis	30	29	24	54	67	31	
VIH/SIDA	320	300	353	351	347	306	
Enfermedades transmitidas por alimentos o agua							
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	1	0	1	0	0	0**	
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	1	0	0	1	0	
Hepatitis A	16	4	1	7	30	5	
ETA (Brotos)	2	3	3	1	2	0	

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

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

3.2. Mortalidad General

En el 2023, la localidad de Bosa registró una tasa de mortalidad de 348,5 por 100.000 hab., lo que corresponde a 2.543 defunciones, en contraste con el 2022 se evidencia una reducción de 7% en la tasa de mortalidad; las tasas de mortalidad más altas se concentraron en las personas mayores de 60 años, seguido de la población adulta, mientras que las tasas más bajas fueron las de los niños entre 6 y 11 años. De otro lado, la mayor proporción de muertes corresponde a hombres, es decir el 55,9% (n= 1.422); por su parte, el momento de curso de vida con mayor registro de defunciones fue la vejez con el 67% (n= 1.703), seguido de adultez con el 23,5% (n= 597) (ver Tabla 11). Es importante mencionar que para dicho año, la localidad Bosa concentró el 25,7% de las muertes de la Subred Sur Occidente.

Tabla 11. Tasas de mortalidad por sexo y momento de curso de vida, localidad Bosa, 2019 – 2023

MCV	Sexo	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
P. Infancia	Hombres	156,3	113,0	159,9	168,8	140,3	
	Mujeres	172,0	120,8	102,6	142,9	78,7	
	Total	164,0	116,8	132,0	156,1	110,2	
Infancia	Hombres	15,2	24,4	17,9	15,5	15,6	
	Mujeres	31,4	12,6	12,8	22,4	19,4	
	Total	23,2	18,6	15,5	18,9	17,5	
Adolescencia	Hombres	57,1	46,3	49,5	44,9	30,5	
	Mujeres	14,7	27,0	31,2	18,8	31,9	
	Total	36,3	36,8	40,6	32,1	31,2	
Juventud	Hombres	138,1	131,4	172,0	118,2	153,3	
	Mujeres	47,8	45,2	52,5	34,7	47,6	
	Total	92,3	87,7	111,8	76,1	100,0	
Adultez	Hombres	250,7	327,2	510,6	247,0	250,5	
	Mujeres	133,7	185,3	282,2	170,0	134,2	
	Total	188,3	251,7	391,1	206,2	189,0	
Vejez	Hombres	2.819,3	3.914,3	3.761,1	2.857,2	2.553,2	
	Mujeres	2.037,0	2.639,5	2.699,8	2.067,9	1.765,0	
	Total	2.373,7	3.185,6	3.162,7	2.404,4	2.100,0	
Total Defunciones	Hombres	381,5	509,3	640,1	415,5	404,9	
	Mujeres	287,3	377,4	472,4	336,7	296,1	
	Total	332,6	440,9	554,1	374,6	348,5	

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

Teniendo en cuenta la clasificación 6/67, la tasa de mortalidad más alta para el año 2023 fueron las enfermedades del sistema circulatorio (110,2 por 100.000 hab.), seguida de las demás causas (89,5 por 100.000 hab.); por su parte, la tasa de mortalidad más baja, se le atribuyó a signos y síntomas mal definidos y a afecciones del periodo perinatal (4,8 por 100.000 hab.), respectivamente. El mayor incremento en las tasas de mortalidad durante 2023 en contraste con el 2019, se observó en las enfermedades del sistema circulatorio, el 14,9% por encima del registro inicial, aspecto que podría estar relacionado con las enfermedades crónicas asociadas a los altos niveles de estrés y ansiedad que se viven en la actualidad; en el mismo periodo, la mayor reducción se evidenció en la tasa de mortalidad por afecciones del periodo perinatal con el 29,3% por debajo del registro para 2019. De otro lado, en 2023 con respecto al 2022 fue la tasa de mortalidad por los signos y síntomas mal definidos la que mostró el mayor incremento con el 39,3%, mientras que la mayor reducción estuvo en las enfermedades transmisibles con el 48,1% (ver Gráfica 5). Cabe resaltar que la tasa de mortalidad más alta registrada en el periodo analizado correspondió a las enfermedades transmisibles durante el 2021, posiblemente atribuible a la llegada del SarsCov2; mientras la más baja fue en 2022 para los signos y síntomas mal definidos.

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



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

El comportamiento para los hombres fue similar al general, siendo las enfermedades circulatorias la tasa de mortalidad más alta en 2023 (123 por 100.000 hab.), el mayor incremento en 2023 con respecto a 2019 fue del 31% en los signos y síntomas mal definidos y la mayor reducción (20,5%) le correspondió a las afecciones del periodo perinatal; situación similar ocurrió en 2023 en contraste con el 2022, la tasa con mayor aumento fueron los signos y síntomas mal definidos (34,6%) y el decremento más representativo fue para las enfermedades transmisibles (43,9%) (ver Gráfica 6).

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



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

Para el caso de las mujeres, en 2023 continúan siendo las enfermedades del sistema circulatorio las que reportan la tasa de mortalidad más alta (98,3 por 100.000 hab.), en dicho periodo en contraste con el 2019 las muertes por las demás causas registran el mayor incremento en la tasa de mortalidad con el 18,5%, mientras que los signos y síntomas mal definidos cuenta con la mayor reducción (22,4%); de otro lado, en 2023 respecto al 2022 la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles muestran el mayor decremento (53,3%) y el mayor aumento le corresponde a los signos y síntomas mal definidos (49,3%) (ver Gráfica 7).

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



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

Mortalidad específica por subgrupos

Para el caso de las enfermedades transmisibles, en el periodo evaluado se evidencia una tendencia al decremento para la meningitis, por el contrario, las enfermedades infecciosas muestran tendencia al incremento año tras año, las demás causas tuvieron comportamiento variable desde el 2019 al 2023. Es de resaltar que las tasas de mortalidad más altas en 2023 fueron para el resto de las infecciones respiratorias agudas con 8,6 por 100.000 hab. y la enfermedad por VIH (SIDA) con 3,3 por 100.000 hab. El comportamiento fue similar en ambos sexos, con las mismas causas de muerte y el mismo orden, excepto en el caso de mujeres en la cual la segunda causa le correspondió al resto de enfermedades infecciosas y parasitarias (ver Tabla 12).

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

Enfermedades Transmisibles	Tasa Mortalidad General					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	
1.01 Enfermedades infecciosas intestinales	0,7	0,4	0,6	1,2	1,4	
1.02 Tuberculosis	1,1	1,0	0,8	0,7	1,6	
1.03 Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,1	0,4	0,3	0,0	0,3	
1.04 Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	
1.05 Meningitis	0,7	0,1	0,3	0,1	0,1	
1.06 Septicemia, excepto neonatal	0,6	0,1	0,8	0,1	0,3	
1.07 Enfermedad por VIH (SIDA)	3,8	2,8	4,0	3,3	3,3	
1.08 Infecciones respiratorias agudas	11,2	11,1	16,5	11,3	8,6	
1.09 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,8	102,1	192,4	18,6	2,6	

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

Frente a las neoplasias, se observó un comportamiento variable en las tasas de mortalidad por la mayoría de las causas específicas; sin embargo, es importante resaltar que el tumor maligno de mama y de otros órganos genitourinarios han mostrado una tendencia al descenso; por el contrario, los tumores malignos órganos digestivos y de tejido linfático evidenciaron una tendencia al incremento. Durante el 2023, las tasas más altas correspondieron a tumor maligno de órganos digestivos y tumor maligno de otras localizaciones, con 13 y 12,1 por 100.000 hab. Para las mujeres la primera causa de muerte en 2023 fueron los tumores malignos de los órganos digestivos con una tasa de 13,7 por 100.000 hab., mientras que para los hombres correspondió a tumores malignos de otras localizaciones con 15,7 por 100.000 hab. (ver Tabla 13).

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

Neoplasias	Tasa Mortalidad General					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	
2.01 Tumor maligno del estómago	10,3	9,1	11,2	10,3	8,9	
2.02 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea	7,4	4,5	3,9	6,2	5,9	
2.03 Tumor maligno De los organos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	9,6	11,1	11,9	9,8	13,0	
2.04 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	3,7	4,3	5,8	5,4	6,0	
2.05 Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,7	0,7	1,1	1,1	0,8	
2.06 Tumor maligno de la mama de la mujer	6,2	5,7	5,1	5,2	3,8	
2.07 Tumor maligno del cuello del útero	4,1	3,2	3,0	3,2	3,3	
2.08 Tumor maligno del cuerpo del útero	0,1	1,5	1,1	0,3	1,4	
2.09 Tumor maligno del útero, parte no especificada	2,1	0,7	0,7	0,6	0,1	
2.10 Tumor maligno de la próstata	4,8	2,5	5,1	3,9	4,5	
2.11 Tumor maligno de otros organos genitourinarios	2,5	58,5	4,7	6,1	4,7	
2.12 Leucemia	2,8	3,9	3,7	2,3	2,7	
2.13 Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	4,1	3,1	4,4	4,1	5,9	
2.14 Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	12,4	12,3	10,0	10,3	12,1	
2.15 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	4,8	5,7	4,6	7,2	4,9	

Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2022

De otro lado, las enfermedades del sistema circulatorio mostraron variabilidad en el tiempo en las diferentes causas de muerte; sin embargo, las enfermedades hipertensivas y la arterioesclerosis evidencian una tendencia al descenso, mientras que, las enfermedades cerebrovasculares seguidas de la insuficiencia cardiaca, en el transcurso del quinquenio analizado, han ido en aumento, siendo las enfermedades isquémicas las que reporta las tasas más altas de mortalidad en todo el periodo. Para el 2023, fueron justamente estas últimas las que registraron la tasa más elevada con 64,4 por 100.000 hab., seguida de las enfermedades cerebrovasculares con 20,7 por 100.000 hab. Al revisar el comportamiento por sexo, se evidencia una tendencia similar a la población general con las principales causas de mortalidad en el mismo orden, con la diferencia que en las mujeres la tercera causa más frecuente de defunciones corresponde a enfermedades hipertensivas y en el caso de los hombres son las enfermedades cardiopulmonares (ver Tabla 14).

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

Enfermedades Sistema Circulatorio	Tasa Mortalidad General					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	
3.01 Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	1,0	0,1	0,0	0,1	0,1	
3.02 Enfermedades hipertensivas	7,2	9,1	9,5	10,2	8,6	
3.03 Enfermedades isquémicas del corazón	46,7	46,0	76,3	68,7	64,4	
3.04 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	8,6	7,0	10,1	10,7	8,2	
3.06 Insuficiencia cardíaca	2,7	0,8	1,0	1,8	2,1	
3.07 Enfermedades cerebrovasculares	23,3	15,7	19,2	20,2	20,7	
3.08 Arteriosclerosis	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	
3.09 Las demás enfermedades del sistema circulatorio	6,4	4,3	6,8	6,9	6,0	

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

En lo relacionado con las afecciones del periodo perinatal, la sepsis bacteriana del recién nacido muestra una tendencia al aumento en el tiempo analizado, junto con el resto de las afecciones originadas en el periodo perinatal, que corresponde también a la primera causa de defunción en 2023, con una tasa de mortalidad de 1,4 y 1,6 por 100.000 hab., mostrando esta última un incremento de 88,9% respecto a 2019 y 70% más en contraste con 2022. En cuanto al comportamiento por sexo, se mantiene este mismo comportamiento (ver Tabla 15).

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

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

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

Por otra parte, la mortalidad por causas externas se evidencia que lo relacionado con demás accidentes de transporte ha ido en decremento durante el periodo analizado, junto con las demás causas externas que han mantenido un comportamiento estable en el tiempo. Por el contrario, las caídas y los eventos de intención no determinada muestran un aumento durante 2023 en la tasa de mortalidad de 37,5% y 53,8% respectivamente, frente a 2019. Las demás causas han tenido un comportamiento variable durante el periodo. En el año 2023 se registró la tasa de mortalidad más alta para los homicidios, siendo 15,1 por 100.000 hab., seguida de accidentes de transporte terrestre con 13,3 por 100.000 hab.; sin embargo, vale la pena mencionar que los homicidios en 2023 han tenido una reducción de 6,8% con respecto a 2019 pero incremento de 4,9% frente a 2022. En cuanto al comportamiento por sexo durante 2023, en las mujeres predominaron las muertes por accidentes terrestres con una tasa de 5,3 por 100.000 hab., mientras que en los hombres la principal causa fueron los homicidios con la tasa de mortalidad de 29 por 100.000 hab (ver Tabla 16).

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

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

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

Teniendo en cuenta que las muertes clasificadas en el grupo de las demás causas consolida el 21% de la mortalidad durante el periodo analizado, se identificó que aquellas causas relacionadas con enfermedades del sistema nervioso, resto de enfermedades del sistema respiratorio y el resto de las enfermedades del sistema digestivo, son las que han mostrado tendencia al incremento durante los cinco años analizados. De otro lado, la apendicitis tuvo mayor incremento en 2023 con respecto a 2019 con 60% más del reporte registrado en dicho año pero 34,7% por debajo de lo registrado en

2022. En el 2023, la tasa de mortalidad más alta fue la correspondiente a las enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores con 17,7 muertes por 100.000 hab., seguido del resto de enfermedades del sistema digestivo con 15,5 por 100.000 hab., mismo comportamiento observado para hombres y mujeres (ver Tabla 17).

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

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

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

Finalmente, las causas relacionadas con signos, síntomas y afecciones mal definidas durante el quinquenio analizado, tuvo una oscilación de la tasa de mortalidad entre 3,4 y 5,5 muertes por 100.000 hab., siendo el 2021 el año con la mayor tasa registrada y el 2022 con la tasa más baja; es así como en 2023 en contraste con 2019 se tuvo un incremento de 4,3% en el indicador y en ese mismo año pero respecto a 2022 el aumento fue de 37,1%. Al observar el comportamiento por sexo se identifica una tendencia similar a la relacionada en población general (ver Tabla 18).

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

Signos y síntomas mal definidos	Tasa Mortalidad General					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	
0.00 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	4,5	4,7	5,5	3,4	4,8	

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

Mortalidad infantil por grupos de edad

Durante el quinquenio analizado, las principales causas de muerte en los menores de un año fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa de mortalidad de 349,2 por 100.000 hab. y con un incremento en 2023 con respecto a 2019 de 8,4%, seguido de las malformaciones congénitas con una tasa de 102,7 por 100.000 hab. y con reducción de 42,5% en las muertes respecto a 2022. El mayor incremento en 2023 por encima del 100% en contraste al 2019 y con el 2022, se registró para las enfermedades del sistema circulatorio, mientras que, se observó una reducción del 100% en las enfermedades del sistema genitourinario, dado que los únicos casos registrados fueron en hombres durante 2019 (ver Tabla 19).

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

Menor de 1 año	Tasas Hombres					Tasas Mujeres					Total Tasas					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (1,09)	0,0	18,1	0,0	19,4	20,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,3	0,0	9,9	10,3	
Tumores (neoplasias) (Grupo 2)	0,0	0,0	19,9	19,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	21,0	0,0	0,0	10,2	9,9	10,3	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	19,4	0,0	18,9	0,0	20,8	20,3	0,0	9,2	0,0	10,2	19,9	0,0	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (6,02)	17,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,2	0,0	0,0	0,0	0,0	
Enfermedades del sistema nervioso (6,04)	0,0	0,0	0,0	19,4	20,1	0,0	0,0	0,0	20,3	21,0	0,0	0,0	0,0	19,9	20,5	
Enfermedades del sistema circulatorio (Grupo 3)	0,0	18,1	19,9	0,0	40,2	18,9	0,0	0,0	20,3	0,0	9,2	9,3	10,2	9,9	20,5	
Enfermedades del sistema respiratorio (6,06 resto enfermedades del SR)	125,6	36,2	59,6	97,1	0,0	56,6	0,0	62,4	40,7	0,0	92,0	18,5	61,0	69,5	0,0	
Enfermedades del sistema digestivo (6,09)	35,9	18,1	19,9	19,4	0,0	0,0	0,0	20,8	20,3	0,0	18,4	9,3	20,3	19,9	0,0	
Enfermedades del sistema genitourinario (6,10)	35,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,4	0,0	0,0	0,0	0,0	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (Grupo 4)	341,0	362,1	496,6	466,0	441,8	302,1	399,3	228,8	264,3	252,3	322,0	380,2	365,8	367,5	349,2	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas (6,13)	215,4	126,7	158,9	135,9	80,3	320,9	190,2	145,6	223,6	126,2	266,8	157,7	152,4	178,8	102,7	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	35,9	0,0	79,5	0,0	80,3	18,9	0,0	20,8	20,3	0,0	27,6	0,0	50,8	9,9	41,1	
Todas las demás enfermedades (Grupo 6)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Causas externas de morbilidad y mortalidad (Grupo 5)	0,0	0,0	0,0	19,4	20,1	18,9	38,0	20,8	0,0	21,0	9,2	18,5	10,2	9,9	20,5	

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

En las edades de uno a cuatro años, las causas de muerte con mayor número de registros desde 2019 hasta 2023 corresponden a las causas externas de morbilidad y mortalidad y a las malformaciones congénitas con una tasa de mortalidad en 2023 de 5 por 100.000 hab. respectivamente, 32,4% más baja que la registrada en 2022 pero 108,3% por encima de la tasa con la que cerró el 2019. Así mismo, las enfermedades infecciosas y parasitarias que también registraron en 2023 una tasa de 5 por 100.000 hab. mostraron decremento, al igual que las enfermedades del sistema respiratorio; además es importante mencionar que los casos de enfermedades del sistema nervioso y del sistema digestivo se presentaron en mujeres, mientras que los únicos casos de signos y síntomas anormales clínicos y las afecciones originadas en el periodo perinatal fueron identificados en hombres (ver Tabla 20).

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

Menores de 1 a 4 años	Tasas Hombres					Tasas Mujeres					Total Tasas					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (1,09)	4,6	0,0	0,0	9,6	4,9	9,6	0,0	0,0	5,0	5,1	7,1	0,0	0,0	7,3	5,0	
Tumores (neoplasias) (Grupo 2)	9,3	4,6	0,0	4,8	4,9	14,4	0,0	9,9	0,0	0,0	11,8	2,3	4,8	2,4	2,5	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (6,02)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Enfermedades del sistema nervioso (6,04)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,4	0,0	0,0	5,0	0,0	7,1	0,0	0,0	2,4	0,0	
Enfermedades del sistema circulatorio (Grupo 3)	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	4,8	0,0	5,0	0,0	0,0	2,3	0,0	4,9	0,0	
Enfermedades del sistema respiratorio (6,06 resto enfermedades del SR)	13,9	0,0	4,7	9,6	0,0	4,8	0,0	0,0	20,1	0,0	9,4	0,0	2,4	14,7	0,0	
Enfermedades del sistema digestivo (6,09)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	4,8	0,0	5,0	0,0	2,4	2,3	0,0	2,4	0,0	
Enfermedades del sistema genitourinario (6,10)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (Grupo 4)	0,0	0,0	0,0	0,0	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas (6,13)	0,0	4,6	0,0	4,8	4,9	4,8	9,6	9,9	10,0	5,1	2,4	7,0	4,8	7,3	5,0	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,0	0,0	9,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	
Todas las demás enfermedades (Grupo 6)	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	
Causas externas de morbilidad y mortalidad (Grupo 5)	0,0	4,6	9,3	9,6	9,7	4,8	4,8	9,9	5,0	0,0	2,4	4,7	9,6	7,3	5,0	

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

Finalmente, las principales causas de muerte en los niños menores de cinco años al igual que en los menores de un año, son las afecciones originadas en el periodo perinatal registrando la tasa de mortalidad más alta de 2023 con 70,2 muertes por 100.000 menores de cinco años, seguido de las malformaciones congénitas con una tasa de 24,1. Es importante mencionar que durante 2023, los signos y síntomas anormales clínicos tuvieron un incremento por encima del 100% en contraste con 2022 y del 42,1% frente a 2019. Se resalta que los únicos casos de enfermedades endocrinas, del sistema genitourinario y las demás enfermedades, se presentaron en hombres (ver Tabla 21).

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

Menores de 5 años	Tasas Hombres					Tasas Mujeres					Total Tasas					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (1,09)	3,7	3,7	0,0	11,5	7,8	7,6	0,0	0,0	4,0	4,1	5,6	1,9	0,0	7,9	6,0	
Tumores (neoplasias) (Grupo 2)	7,4	3,7	3,8	7,7	3,9	11,5	0,0	8,0	0,0	4,1	9,4	1,9	5,8	3,9	4,0	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	3,8	0,0	4,0	4,0	0,0	1,9	0,0	1,9	3,9	0,0	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (6,02)	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	
Enfermedades del sistema nervioso (6,04)	0,0	0,0	0,0	3,8	3,9	11,5	0,0	0,0	8,1	4,1	5,6	0,0	0,0	5,9	4,0	
Enfermedades del sistema circulatorio (Grupo 3)	0,0	3,7	3,8	3,8	7,8	3,8	3,8	0,0	8,1	0,0	1,9	3,7	1,9	5,9	4,0	
Enfermedades del sistema respiratorio (6,06 resto enfermedades del SR)	36,8	7,3	15,1	26,9	0,0	15,3	0,0	12,0	24,2	0,0	26,2	3,7	13,6	25,5	0,0	
Enfermedades del sistema digestivo (6,09)	7,4	3,7	3,8	3,8	0,0	3,8	3,8	4,0	8,1	0,0	5,6	3,7	3,9	5,9	0,0	
Enfermedades del sistema genitourinario (6,10)	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (Grupo 4)	69,9	73,4	94,5	92,1	90,2	61,2	80,3	43,9	52,3	49,3	65,6	76,8	69,9	72,7	70,2	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas (6,13)	44,1	29,4	30,2	30,7	19,6	68,8	45,9	35,9	52,3	28,7	56,2	37,5	33,0	41,2	24,1	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	7,4	0,0	22,7	0,0	15,7	3,8	0,0	4,0	4,0	0,0	5,6	0,0	13,6	2,0	8,0	
Todas las demás enfermedades (Grupo 6)	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	
Causas externas de morbilidad y mortalidad (Grupo 5)	0,0	3,7	7,6	11,5	11,8	7,6	11,5	12,0	4,0	4,1	3,7	7,5	9,7	7,9	8,0	

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

3.3. Eventos trazadores en salud pública

A continuación, se presentan los eventos en salud, cuyos indicadores trazadores se encuentran asociados a metas estratégicas del Plan de Desarrollo Distrital -PDD-, del Plan Territorial de Salud -PTS- 2024 – 2027 y su comportamiento desde 2020 hasta 2024. Cada año se compara con el periodo inmediatamente anterior y de esta manera se presenta semaforización indicando en color rojo aquellos indicadores que han aumentado respecto al lapso anual que le antecede; adicionalmente,

el 2024p* muestra un comparativo por medio de íconos (rojo y verde) contrastando su comportamiento frente a la meta distrital o línea base local.

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

Indicadores trazadores - PDD y PTS 2024 - 2027	2019	2020	2021	2022	2023	2024 p*	Bogotá Meta 2024 / LB 2022
Razón de mortalidad materna	22,3	70,5	84,8	0,0	16,2	17,4	35,9
Tasa de mortalidad perinatal	4,4	3,8	13,0	13,7	10,1	11,4	10,0
Tasa de mortalidad infantil	9,4	7,6	9,6	11,0	8,4	10,3	9,0
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	11,5	8,7	11,1	14,3	10,4	13,4	10,3
Prevalencia riesgo DNT Aguda en menores de 5 años	12,5	11,9	12,7	11,5	12,2	11,9	13,0
Prevalencia DNT Aguda en menores de cinco años	3,7	3,3	2,9	2,6	2,0	1,5	1,6
Proporción de bajo peso al nacer **	14,4	12,7	15,0	14,6	15,9	16,6	14,5
Tasa mortalidad prematura por condiciones crónicas	141,9	134,9	143,7	133,0	123,1	123,5	125,0
Tasa específica de fecundidad 10 a 14 años	0,7	0,6	0,4	0,6	0,7	0,7	0,6
Tasa específica de fecundidad 15 a 19 años	41,8	36,9	28,6	26,0	22,3	19,4	20,8
Tasa de incidencia de sífilis congénita	3,0	3,6	2,2	1,9	1,4	2,2	2,6
Tasa de mortalidad por suicidio	4,4	4,3	5,5	3,7	4,8	5,2	5,2

*p: Dato preliminar 2024

**se compara con línea base local 2022

Fuente: Matriz indicadores trazadores (2020 a 2022). Datos calculados (2023 y 2024) Bases EEVV-RUAF ND, datos 2023 base cerrada y 2024 preliminar – SDS. Consulta INMLCF mortalidad por suicidio – Periodo 2019 a 2024.

Frente a la razón de mortalidad materna se evidencia un comportamiento variable durante el periodo analizado con su pico máximo en 2021, el indicador para 2024 mostró un decremento de 22% en contraste con 2019 e incremento del 7,4% con 2023, año en el cual se registró una muerte materna. Al revisar el cumplimiento con la meta distrital, para diciembre de 2024 este indicador se encontraba 51,5% por debajo de la meta para Bogotá (35,9 muertes maternas por 100.000 NV) (ver Tabla 22).

En la mortalidad perinatal, el comportamiento desde 2019 ha tenido una tendencia hacia el incremento, con un único descenso en 2023. Para cierre de 2024, la tasa de mortalidad se encontraba casi dos veces más alta que la registrada en 2019 y 12,9% por encima del reporte de 2023, adicionalmente la localidad contó para este último año con una tasa de mortalidad 14% más alta que la actual meta distrital (10 muertes por 1.000 NV) (ver Tabla 22).

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, su comportamiento en la mayor parte de los años analizados ha mostrado cifras que superan la del periodo anterior, excepto en 2020 y 2023 donde se registraron los indicadores más bajos del periodo (7,6 y 8,4 defunciones por 1.000 NV, respectivamente); por su parte el 2024, tuvo un incremento de 9,6% respecto a 2019 y de 22,6% en contraste con 2023. Frente a la meta distrital, este último periodo mostró una tasa de mortalidad 14,4% por encima de la misma (9 por 1.000 NV) (ver Tabla 22).

Por su parte, la mortalidad en menores de cinco años muestra un comportamiento similar a la mortalidad infantil, con un incremento de 16,5% en 2024 respecto a 2019 y aumento de 28,8% en contraste con 2023; además, el indicador para el último año del periodo analizado se encontraba 30,1% por encima de la meta distrital (10,3 muertes en menores de cinco años por 1.000 NV) (ver Tabla 22).

Para el riesgo de desnutrición, se evidenció decremento en 2024 con respecto a 2019 en 4,8% y del 2,5% en contraste con el 2023, teniendo en cuenta la meta establecida para el año inmediatamente

anterior, la localidad se encontraba 8,5% por debajo de la cifra aceptable a nivel distrital (13 menores de cinco años con riesgo de desnutrición por 100 menores captados por SISVAN). Así mismo, en lo relacionado con la desnutrición aguda, el año 2024 cerró con una cifra 59,5% por debajo del indicador para el 2019 y 25% más baja que la registrada en 2023; así mismo, el reporte del último año se encuentra relativamente estable de acuerdo con la meta distrital, con la cifra 6,3% más baja (1,6 menores de cinco años con desnutrición por 100 menores captados por SISVAN) (ver Tabla 22).

Con el paso de los años, se evidencia una tendencia hacia el incremento del bajo peso al nacer, con unos pequeños descensos en 2020 y 2022, para luego retomar su curva hacia el ascenso. Durante 2023, se observa una de las proporciones más altas del periodo, superada solo por el 2024, en donde se encontraba 15,3% por encima de la cifra del 2019 y 4,4% superior en contraste con 2023; en el año inmediatamente anterior la localidad superó en 14,6% la línea base local 2022 (14,6 por 100 NV) (ver Tabla 22).

Teniendo en cuenta que la medición del indicador de mortalidad temprana por enfermedades crónicas se ajustó a población de 30 a 70 años a partir de junio de 2024, dicho año cerró con una tasa de mortalidad 13% más baja que la registrada en 2019 y 0,3% más alta que la de 2023. De igual manera para 2024, se encontraba 1,2% inferior a la meta distrital para el presente periodo (125 muertes tempranas por enfermedades crónicas por 100.00 hab) (ver Tabla 22).

En relación con la tasa de fecundidad 10 a 14 en la localidad, se encuentra con una proyección estable, aunque su tendencia desde el 2022 ha sido hacia el aumento; durante 2024 este indicador estuvo 4,3% por debajo de la cifra del 2023 y del 2019. De igual manera en 2024, se ubicó 11,7% más alta que la meta distrital propuesta para el presente periodo de gobierno (0,6 nacimientos en menores de 10 a 14 años por 1.000 en ese rango de edad). Por su parte, la tasa de fecundidad de 15 a 19 años mostró en 2024 un importante descenso en el número de casos y el indicador; vale la pena mencionar que, durante el periodo analizado la tasa ha venido en descenso progresivo desde el 2019, pasando a estar en 2024 un 13% menos que el registro de 2023 y 53,6% inferior a la cifra reportada en el año previo al inicio de pandemia. La tasa de fecundidad de 15 a 19 años en la localidad para 2024, se encontró 6,7% por debajo de la meta distrital propuesta (20,8 nacimientos en mujeres adolescentes por 1.000 mujeres en ese rango de edad) (ver Tabla 22).

En lo que se refiere a la sífilis congénita, año tras año se había venido registrando una tendencia al descenso en el número de casos y por ende en la incidencia, pasando de una cifra de 3 en 2019 a 1,4 en 2023; sin embargo, en 2024 se tuvo incremento de 57,1% respecto al año inmediatamente anterior a pesar de que en contraste con el 2019 se registró descenso del 26,7%. En cuanto a la meta distrital (2,6 casos por 1.000 NV + fetales), la localidad durante 2024 cerró con una cifra 15,4% inferior a la meta propuesta para Bogotá (ver Tabla 22).

Finalmente, frente a la mortalidad por suicidio, se evidencia un comportamiento variable durante el periodo analizado, con un leve descenso en 2020 y 2022; durante el 2024, la tasa de mortalidad en la localidad se encontraba 18,1% por encima a la del 2019 y 8% superior a la cifra reportada para 2023. Al revisar la meta distrital, Bosa se encontraba en 2024 con un indicador 0,4% por debajo de la meta planteada para la ciudad y para el cierre de dicho año, la localidad registró una tasa de mortalidad 18,3% por encima del reporte para la ciudad (ver Tabla 22).

3.4. Problemáticas y necesidades sociales y ambientales

El Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad -VEBC-, permite la articulación entre los procesos de Vigilancia en Salud Pública y los demás componentes transversales de la Salud Pública, favoreciendo el empoderamiento de las comunidades. La VEBC como estrategia integrada desarrolla acciones a partir de la participación social incidente, vinculante, e incluyente teniendo en cuenta el enfoque territorial y diferencial, en coordinación con actores institucionales, sectoriales e intersectoriales buscando reducir riesgos y vulnerabilidades para la garantía del derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital, en el marco del Modelo de Atención en Salud de Bogotá “MAS Bienestar” (75).

La identificación, captura y registro de la información en el aplicativo del SIVIGILA D.C permite la caracterización de las situaciones problemáticas ambientales, sociales y de salud percibidas por la comunidad. A su vez, permite conocer las condiciones y realidades en el territorio lo que facilitará la implementación de procesos de gestión y movilización social para la mitigación de la situación problemática. La notificación es un proceso que conlleva a la captura y verificación de las situaciones problemáticas ambientales, sociales y de salud que han sido percibidas por la comunidad y otras fuentes de notificación, las cuales son reportadas principalmente por los integrantes de la Red de Vigilancia Comunitaria -REVCOM- y deben ser ingresadas al sistema de información aplicativo SIVIGILA D.C (75), allí se consolidan las diferentes situaciones problemáticas (ambiental, social, salud), lo cual permite evidenciar que el 74,8% de las problemáticas reportadas en 2023 y el 68,2% del registro de 2024 durante el primer semestre, se concentran en las primeras cinco relacionadas a continuación:

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

Problemática Colectiva	2023		Problemática Colectiva	2024 (I semestre)	
	n	%		N	%
Manejo inadecuado de residuos sólidos	32	24,4%	Manejo inadecuado de residuos sólidos	18	21,2%
Inseguridad, entorno propicio a violencia y conflictos	21	16,0%	Inseguridad, entorno propicio a violencia y conflictos	12	14,1%
Infraestructura vial y riesgo de accidentalidad	17	13,0%	Invasión del espacio público (andén, parque, zona verde)	11	12,9%
Consumo de SPA en espacio público, parques y zonas de recreación	16	12,2%	Infraestructura vial y riesgo de accidentalidad	10	11,8%
Invasión del espacio público (andén, parque, zona verde)	12	9,2%	Tenencia inadecuada de animales y riesgo de zoonosis	7	8,2%
<i>Otras problemáticas</i>	33	25,2%	<i>Otras problemáticas</i>	27	31,8%
Total	131	100%	Total	85	100%

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

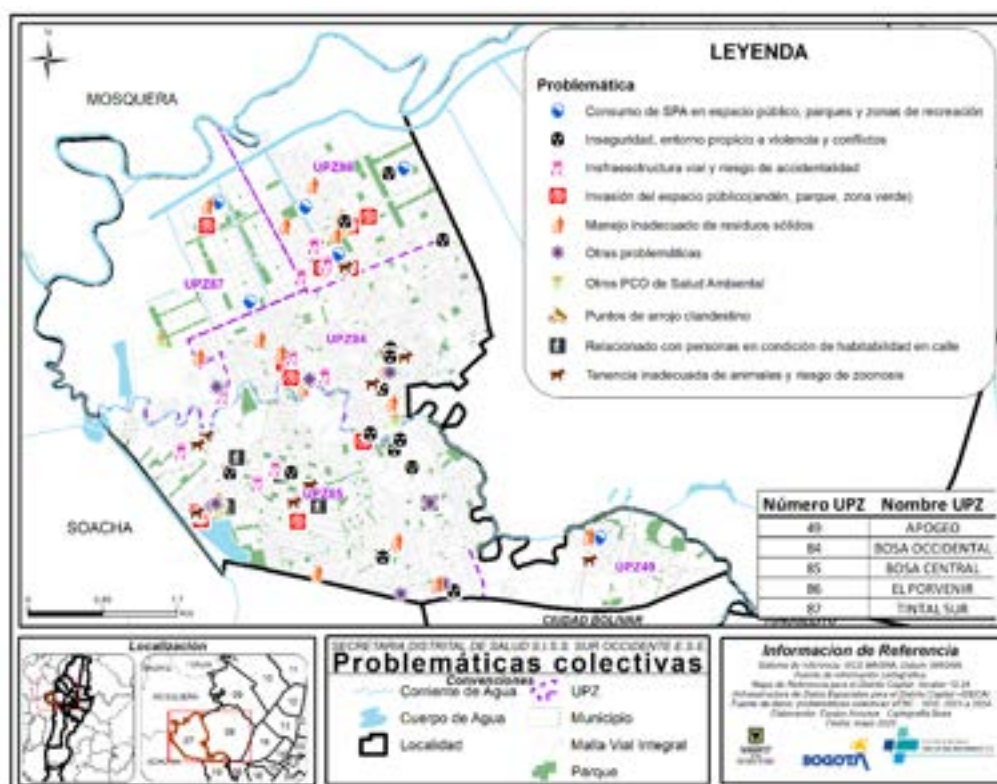
*primer semestre 2024 (parcial y preliminar)

El manejo inadecuado de residuos como problemática ambiental concentra el entre el 21,2% y el 24,4% del total de los reportes por parte de la comunidad, desde 2023 con corte al primer semestre de 2024, posteriormente se ubica la inseguridad, entorno propicio a violencia y conflicto con proporción entre 14,1% y 16%, problemática que hace parte del eje social, las siguientes

problemáticas notificadas al subsistema de vigilancia, difieren para 2023 y primer semestre de 2024, pero tienen relación en su mayoría con el eje social (ver Tabla 23).

Para el año 2021, según los resultados de la Encuesta Multipropósito, del total de hogares encuestados en la localidad Bosa (n=232.907), el 34% indicaron estar cerca a expendios de drogas. A nivel de UPZ, las que tienen mayor porcentaje de respuesta afirmativa son Bosa Central, seguido de Bosa Occidental con el 36,6 y 35,2%, respectivamente. De otro lado, al indagar por la presencia de roedores, insectos o animales que causan molestia en el entorno, el 36,3% de los hogares encuestados, manifestaron encontrarse cerca de estos focos, en especial en la UPZ El Porvenir donde el 49,1% de los hogares respondió afirmativamente a esta pregunta. Así mismo, el 16,9% de los hogares encuestados, afirmaron estar cerca de botaderos de basura o basureros, con mayor presencia de estos puntos críticos ambientales en la UPZ Bosa Occidental con el 23,5% (46).

Mapa 19. Problemáticas colectivas de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2023 a 2024*



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

*primer semestre 2024 (parcial y preliminar)

Las problemáticas colectivas en la localidad se concentran principalmente en unos barrios específicos de las UPZ 84, 85 y 86, los cuales son: en la UPZ 84 El Paraíso, Nueva Escocia y Altamira Bosa Linda, en la UPZ 85 Manzanares, La Esperanza de Tibanica, La Primavera y Getsemaní y en la UPZ 86 Las Margaritas, El Anhelito, La Cabaña y El Regalo (ver Mapa 19) (8).

En conclusión, al revisar el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de la población en la localidad Bosa, las infecciones respiratorias agudas, se resaltan en nivel de importancia ya que fueron una de las principales causas de hospitalización y consulta por urgencias en hombres, así como las

dorsopatías como motivos de atención por urgencias en mujeres; de otro lado, vale la pena mencionar las enfermedades del sistema circulatorio en especial las hipertensivas, isquémicas y cardiovasculares, dado que se destacaron por ser la primera causa de defunción en la población, seguida por las neoplasias a nivel genitourinario. Por su parte, la mortalidad materna, cáncer de mama y los nacimientos en niñas de 10 a 14 años fueron los principales eventos notificados al SIVIGILA en mujeres; en cuanto a población general las violencias ocuparon un lugar importante, junto con la tuberculosis y la hepatitis A y B, en cuanto a los menores de cinco años, se destacó el incremento de casos de desnutrición aguda y riesgo de la misma, la mortalidad perinatal y el bajo peso al nacer. Finalmente, en cuanto a las problemáticas sociales y ambientales identificadas en la localidad de Bosa, se resalta el manejo inadecuado de residuos sólidos y la percepción de inseguridad.

3.5. Núcleos de inequidad socio sanitaria a nivel local

En el marco del Plan Territorial de Salud -PTS- 2024-2028 (76), 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, al mismo tiempo, categorizar las necesidades y problemáticas que afectan a las poblaciones. En este sentido, el PTS 2024-2027 proporciona las problemáticas de ciudad partir de las cuales en el ASIS se construyen los núcleos de inequidad en salud como una herramienta clave para analizar y priorizar dichas necesidades.

En este contexto, los núcleos de inequidad socio-sanitaria emergen como una herramienta clave para sintetizar y priorizar los determinantes sociales que generan resultados negativos en la salud de diversas poblaciones o comunidades. Estos núcleos incluyen elementos como el determinante social de la salud con sus características específicas en un territorio, así como las relaciones entre este determinante y los procesos de salud-enfermedad-atención, respecto a eventos o conjuntos de eventos en salud pública, que a su vez impactan la vida de personas, familias y comunidades.

En este orden de ideas, el análisis de situación de salud propende por la identificación de la manifestación de los núcleos de inequidad definidos como una herramienta de síntesis y priorización de los determinantes sociales que, están produciendo resultados negativos en la salud de los diferentes grupos poblacionales o comunidades del territorio (77). 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 (77).

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

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

Este núcleo reconoce que el contexto social produce una estratificación que asigna a las personas diferentes posiciones según la clase, el género, la raza, la etnia, la ocupación y el nivel educativo, las cuales generan, condiciones materiales y de bienestar diferenciadas y que a su vez desencadenan procesos de inequidad en salud. Teniendo en cuenta lo anterior, el núcleo contempla las siguientes categorías: 1) capacidad de ingresos, nivel educativo, empleo y condiciones de vivienda; 2) Momento de curso de vida, género y grupos poblacionales que pueden tener necesidades diferentes en razón a sus particularidades, diferencias y diversidades; 3) situaciones y condiciones socio ambientales, específicamente en cuanto a la contaminación y manejo de residuos sólidos; 4) geografía, teniendo en cuenta la apropiación del espacio público y el uso del suelo; 5) socio-culturales, donde se relacionan aspectos del autocuidado, redes de apoyo o reproducción de mecanismos, hábitos y rasgos culturales; 6) oferta de servicios sociales desde la oferta intersectorial o la carencia de la misma para atender a los diferentes grupos poblacionales (78).

La mortalidad en menores de cinco años mostró incremento del 28,8% en 2024 respecto a 2023; se registraron 77 muertes en menores de cinco años, de los cuales el 61% pertenecía a régimen contributivo; de otro lado, el 42,8% falleció a causa de malformaciones congénitas y afecciones originadas en el periodo perinatal como la sepsis del recién nacido, el 10,3% por complicaciones y traumas obstétricos y el 9% por infecciones respiratorias agudas. El 76,6% era menor de un año. De otro lado, el bajo peso al nacer cerró el último año con un indicador 15,3% más alto que el registrado en 2019 y un incremento del 4,4% en 2024 respecto a 2023, el 16,6% del total de nacimientos corresponden a recién nacidos con peso inferior a 2.500 gr (n=958), de los cuales el 52,5% corresponde a sexo femenino. El 50,8% de estos menores fueron pretérmino, el 20,9% son hijos de madres que solo asistieron a 4 o menos controles prenatales, el 63,4% fueron nacimientos por cesárea, el 7,7% de los nacimientos de bajo peso, fueron dobles, el 9,4% fueron nacimientos de madres menores de 19 años, y el 30,5% cuentan con afiliación a régimen subsidiado y el 55% de los nacimientos con bajo peso son producto del segundo o mayor número de embarazos.

Por lo anterior, dentro de este núcleo se posiciona la problemática de *“La pobreza, la desigualdad social y las necesidades básicas insatisfechas, han afectado a la población de la localidad, aumentando las barreras de acceso a ofertas y servicios en la población más vulnerable. Estas, han generado como resultado, la afectación en la salud de la población infantil menor de 5 años, específicamente en temas nutricionales en las UPZ 86 y 87, zonas donde priman el estrato socioeconómico 1 y 2. Lo anterior, puede desencadenar problemas de salud a corto y largo plazo como retraso en el crecimiento, desnutrición, enfermedades, problemas de aprendizaje, sobrepeso, problemas de memoria y habilidades motoras finas, entre otras, que repercuten en el desarrollo social y económico de la persona”*.

La problemática se relaciona con la distribución de la oferta de servicios y a su vez con la oferta de los prestadores de salud, ya que en primera instancia se evidencia que las atenciones en salud en general poseen algunas dificultades estructurales del sistema en sí mismo como en: la oportunidad de las citas, la calidad del servicio, la ubicación geográfica de los centros de atención o los trámites para atender las necesidades de la población (79). Estas barreras de acceso, sumadas a los determinantes desencadenan otra serie de inequidades en educación y trabajo, aumentando la vulnerabilidad de la población infantil con las características que posee la localidad de Bosa.

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

Este núcleo reconoce que el contexto social produce una estratificación que asigna a las personas diferentes posiciones según la clase, el género, la raza, la etnia, la ocupación y el nivel educativo, las cuales generan, condiciones materiales y de bienestar diferenciadas y que a su vez desencadenan procesos de inequidad en salud. Teniendo en cuenta lo anterior, el núcleo contempla las siguientes categorías: 1) capacidad de ingresos, nivel educativo, empleo y condiciones de vivienda; 2) Momento de curso de vida, género y grupos poblacionales que pueden tener necesidades diferentes en razón a sus particularidades diferencias y diversidades; 3) situaciones y condiciones socio ambientales, específicamente en cuanto a la contaminación y manejo de residuos sólidos; 4) geografía teniendo en cuenta la apropiación del espacio público y el uso del suelo; 5) socio-culturales donde se relacionan aspectos del autocuidado, redes de apoyo o reproducción de mecanismos, hábitos y rasgos culturales; 6) oferta de servicios sociales donde se complemente la oferta intersectorial o la carencia de la misma para atender a los diferentes grupos poblacionales (78).

Los índices deficientes de ocupación laboral y la búsqueda constante de ingresos ha promovido que las personas de la localidad se empleen en actividades de carácter informal, en los propios hogares u ocupación del espacio público, esto ha generado entornos en disputa entre los vendedores informales, presentando condiciones que no son óptimas para el desarrollo de las actividades traducidas en condiciones insalubres, jornadas amplias de trabajo, baja o precaria remuneración y condiciones higiénico sanitarias inadecuadas, promovidas principalmente por el hacinamiento familiar.

De acuerdo con los reportes realizados al SIVIGILA, la tuberculosis tuvo un incremento en el número de casos notificados del 62,5% durante 2023, en contraste con 2019; situación similar ocurrió con la Hepatitis B cuyo incremento fue del 123,3% durante 2023, frente a 2019 y aumento del 87,5% para Hepatitis A, para el mismo periodo.

En este núcleo se ubican tres problemáticas para la localidad de Bosa: *“La pobreza, es uno de los principales determinantes que está intrínsecamente relacionado a la salud, factores como el hacinamiento, las malas condiciones estructurales de las viviendas e ineficiente acceso a servicios públicos, generan ambientes poco salubres para la población. Adicionalmente, la deficiencia en la educación asociada a variables de higiene personal y en los hogares, limitan la apropiación de buenos hábitos para prevenir enfermedades como la tuberculosis y Hepatitis A y B. De esta manera se identifican, prácticas insalubres en la población de la localidad de Bosa, las cuales pueden incidir negativamente en la salud, ocasionando daño pulmonar permanente, afectaciones en diferentes órganos del cuerpo, repercusiones psicológicas, factores de riesgo para otras enfermedades, cáncer, entre otras”*; estas se relacionan con la categoría socio-cultural específicamente con el autocuidado, ya que estos eventos dependen de la corresponsabilidad de la población general mayor de 45 años, quienes debido a los factores sociales y culturales del contexto en donde se desenvuelven, viven en condiciones y adoptan hábitos que no son saludables y que generan diferentes implicaciones en su salud, esto sumado a los determinantes anteriormente mencionados, propician ambientes poco beneficiosos para la salud de las personas.

De otro lado, Bosa cerró 2024 con una tasa de mortalidad por suicidio en 5,2 muertes por 100.000 hab, un 20,9% más alta que la registrada en Bogotá; de estos casos el 42,1% eran solteros, el 47,4% pertenecía al curso de vida adultez y el 81,6% eran hombres.

“La desigualdad social en términos de desempleo y necesidades básicas insatisfechas, contribuyen al aumento de los suicidios consumados en Bosa, siendo este un problema en salud pública ya que a nivel mundial es la principal causa externa de mortalidad. Adicionalmente, factores de riesgo como el consumo de SPA y las violencias, propician escenarios en donde las personas (especialmente los hombres en cursos de vida de juventud y adultez), al no tener las suficientes estrategias para la prevención, ven el suicidio como una opción. Es así como se identifica que existen factores de riesgo que podrían agravar el suicidio en la localidad. Lo anterior, puede desencadenar en diferentes afectaciones en la salud mental de la población como depresión, ansiedad, estrés, u otro tipo de trastornos, así como a sus principales redes de apoyo”.

La localidad de Bosa registró en 2022, incremento del 47,5% en las muertes por enfermedades cardiovasculares respecto a 2019, con similar afectación en hombres y mujeres y mayores de 65 años. Así mismo, durante 2024 la mortalidad por enfermedades crónicas en personas de 30 a 70 años estuvo 0,3% más alta que la cifra registrada en 2023. El quinquenio con mayor proporción de muertes es de 65 a 69 años con el 27,8%, seguido del 24,7% de personas entre los 60 y 64 años; de otro lado las principales causas de muerte fueron las neoplasias con el 43,5%, seguido del 42,6% correspondiente a enfermedades cerebrovasculares. De otro lado, las neoplasias genitourinarias fueron la causa con mayor aumento en la tasa de mortalidad en 2022 en contraste con 2019 (aumento del 138%), con mayor afectación en población mayor de 45 años y en mujeres. Finalmente, la notificación al SIVIGILA de los casos de cáncer de mama, incremento en 108,3% durante 2023, en contraste con 2019.

“Las condiciones socioeconómicas, el acceso a alimentos saludables, el género, la raza o etnia, son determinantes en los estilos y calidad de vida de la población. De igual manera, otro tipo de factores comportamentales como el uso y abuso de SPA y la falta de actividad física pueden estar relacionados a las dinámicas propias de la población de Bosa. Estas dan como resultado la ausencia de hábitos de vida saludables, los cuales afectan la salud provocando enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, entre otras”.

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

En este núcleo se abordan temas relacionados a la capacidad de gestión, relacionamiento y acción conjunta entre las diferentes entidades a nivel sectorial, intersectorial, privado y comunitario. Por ello, para una mejor comprensión del núcleo se han relacionado tres (3) categorías que dan cuenta de la gobernanza y gobernabilidad en los distintos niveles de gestión pública: 1) Gobernabilidad en cuanto a la estructura de la autoridad sanitaria, sistemas de información y confianza institucional; 2) gobernanza en cuanto a la confianza institucional, espacios de participación y la planeación y ejecución de programas a nivel macro, meso y micro; 3) participación ciudadana relacionada a los mecanismos de participación, liderazgo y empoderamiento comunitario, y la confianza institucional (78).

En el año 2023 la coordinación local de salud de la localidad de Bosa (SDS, MTS) inició un plan de choque para la detección, georreferenciación y desarrollo de actividades de prevención intersectorial por el aumento de casos de violencia sexual infantil, y se creó un plan de trabajo con 4 estrategias: 1) Abordaje a las familias para sensibilización en prevención de violencia y/o explotación sexual en el contexto familiar, incluye espacios pedagógicos de Prevención de Violencias Basadas en Género y Violencia sexual en las instituciones educativas, jardines y la

comunidad; II) Seguimiento a casos para activación de rutas de atención de violencia sexual teniendo en cuenta los protocolos de atención a víctimas; III) Acompañamiento en la formulación y ejecución de iniciativas comunitarias en torno la prevención de violencias; IV) Posicionamiento y articulación intersectorial en instancias locales relacionadas con violencia sexual (Red del buen trato, comité de familia, consejo local de atención a víctimas de violencia sexual acuerdo 152 de 2005- acuerdo 828 de 2021- acuerdo 329) (12).

La mortalidad materna tuvo un incremento del 7,4% en 2024 respecto a 2023. El caso registrado en 2024 corresponde a mujer de 34 años, nivel educativo tecnológico, que se desempeñaba en el área de estadística y afines, perteneciente al régimen contributivo y de nacionalidad colombiana, quien se encontraba en gestación al momento de la defunción. De otro lado, la tasa de fecundidad de 10 a 14 años muestra un indicador que supera la meta distrital para 2024, en 11,7%. El 0,2% del total de nacimientos corresponden a madres de 10 a 14 años (n=17), el 11,7% de estos menores fueron pretérmino, el 52,9% son hijos de madres que solo asistieron a 4 o menos controles prenatales y el 29,4% fueron nacimientos por cesárea. Finalmente, el 58,8% tenían afiliación a régimen subsidiado y el 100% de los nacimientos corresponden a su primer embarazo. El 100% de las madres adolescentes son de procedencia venezolana. Finalmente, frente al reporte en SIVIGILA, las violencias mostraron incremento del 40,3% en los casos notificados, durante 2023 en contraste con 2019.

En este núcleo se aborda la problemática relacionada al: *“Determinantes asociados al género, condición socioeconómica y edad, son factores que pueden influir negativamente en la capacidad de los individuos de acceder a los distintos servicios que posee el sector para atender sus necesidades. De igual manera, la ausencia de ingresos estables, la no posesión de documentación adecuada y ser víctimas de acciones discriminatorias y violentas, aumentan las brechas frente al acceso y la oportunidad en la atención a su salud. Es así como se identifica la falta de corresponsabilidad y acceso a la información de servicios de salud sexual y reproductiva, en mujeres a partir de los 10 años en la localidad de Bosa. Lo anterior, puede desencadenar en diferentes problemas de salud como morbimortalidades maternas, riesgo de bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, afección neonatal grave, riesgo de aborto espontáneo, obstrucción del parto, deserción escolar, círculos de pobreza, entre otros”,* la cual se comprende desde la categoría de acceso debido a que estos determinantes antes mencionados, se convierten en barreras para acceder a los servicios y la oferta que el sector posee; esto sumado a la condición migrante, se expresa en inequidades en salud, las cuales dificultan a su vez la alfabetización en salud para atender sus necesidades.

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

Finalmente, para este núcleo de inequidad se integra aquello que tiene que ver con lo relacionado a la prevención de emergencias y desastres específicamente en tres (3) categorías que dan cuenta de los procesos de planeación y ejecución en caso de cualquier tipo de emergencia o desastre: 1) Prevención; 2) Alerta; 3) Respuesta en cuanto a la infraestructura, preparación y coordinación entre actores (78).

la localidad de Bosa reside una gran cantidad de recicladores, organizados en 14 distintas asociaciones. No obstante, estas agrupaciones no se ajustan a las normativas sanitarias y ambientales, y presentan conflictos en cuanto al uso del suelo. Por esta razón, Bosa carece de una Estación de Clasificación de Residuos Aprovechables (ECA) que opere como una empresa de servicios

públicos. De acuerdo con la información de habitabilidad del Registro Único de Recicladores de Oficio, el 10% de la población de Bosa está compuesta por recicladores (12).

Las actividades de reciclaje se llevan a cabo en barrios como San Joaquín, La Paz y Brasil, ubicados en la UPZ Bosa occidental (84), así como en El Toche, San Eugenio y Manzanares, en la UPZ (85). En estas áreas, el aprovechamiento de materiales sólidos es considerable, dado que en el sector conocido como la carbonera residen numerosas familias dedicadas a la separación y reciclaje en diversas modalidades. Sin embargo, el proceso enfrenta dificultades para reciclar materiales como etiquetas, tapas y plásticos de baja densidad, los cuales son desechados en las orillas del río Tunjuelo y en terrenos baldíos. (Secretaría Distrital de Salud, Comprensión territorial de la localidad de Bosa, 2023) (12)

En varias zonas de la localidad se evidencia una inadecuada disposición de residuos sólidos, consecuencia de actividades comerciales y el aumento de la población. Este problema se ha agravado por el desarrollo urbano, ya que los desechos son frecuentemente desechados de manera ilegal por empresas de construcción no reguladas. (Secretaría Distrital de Salud, Comprensión territorial de la localidad de Bosa, 2023). Esta situación tiene un efecto perjudicial en áreas de ronda, vías y espacios públicos, como se puede observar en la UPZ Bosa Central (85), particularmente en el barrio Villa Emma, así como en secciones del río Bogotá y su ronda, el río Tunjuelo y su ronda, y el parque El Recreo. De igual manera, en la UPZ Bosa Occidental (84), la calidad del entorno se ve comprometida en los barrios San Bernardino, El Remanso, La Paz, Palestina, José Antonio Galán, San José I y II, Clarendia y San Diego, además de la PZ Apogeo en el barrio Nuevo Chile.

Sin embargo, se destacan iniciativas comunitarias en torno a la gestión de residuos sólidos como es la del barrio El Regalo ubicado en la UPZ 86 Porvenir, el cual ganó el premio Internacional Gaviota que otorga la presea 'Gaviota' a proyectos destacados en áreas artísticas, deportivas, culturales, labores comunitarias y sociales en varios países. El regalo, se hizo merecedor en el año 2021 por sus proyectos de huertas urbanas, reciclaje y compostaje en una iniciativa de hace 12 años (Secretaría Distrital de Ambiente, 2021) donde se promueven prácticas sostenibles, las calles son verdaderamente limpias, allí toda la comunidad está comprometida con la estrategia: «Tenemos coordinadores por cada cuadra, que se dedican a reutilizar elementos en cada hogar», explicó Ana Inés, que también es la presidenta de la junta de acción comunal (Bogotá A. M., 2021) (Secretaría Distrital de Salud, Comprensión territorial de la localidad de Bosa, 2023).

Las actividades de venta informal han generado conflictos en el espacio público; su volumen y la falta de regulación han sobrepasado la capacidad institucional para administrar, mantener y proteger de manera integral estos espacios. En los barrios Porvenir y Santa Fe, así como en las inmediaciones del centro comercial Mi Centro y la UPZ 49 (Apogeo), se realizan diversas actividades laborales, muchas de ellas de carácter informal, que abarcan desde transportadores informales, venta de flores en las cercanías del cementerio, comercio ambulante de frutas y verduras, pequeñas misceláneas, venta de productos de mercado, salones de belleza, venta de minutos telefónicos, panaderías entre otras. (Secretaría Distrital de Salud, Comprensión territorial de la localidad de Bosa, 2022). El aumento significativo de la población en la localidad de Bosa, resultado de factores como la migración y el crecimiento urbano desmedido ha creado una demanda urgente de empleo, lo que ha llevado a muchas personas a recurrir al trabajo informal implementado dentro de las viviendas y en el espacio público como única alternativa para sustentar a sus familias generando un entorno de disputa entre los vendedores informales por el control del territorio, especialmente en los barrios Porvenir, Santa fe, en Bosa centro y los alrededores del centro comercial Mi Centro, donde se presentan condiciones laborales no óptimas para quienes participan en este tipo de comercio (sin regulación), por sus deficientes condiciones higiénico-sanitarias, de salud ocupacional, para sus trabajadores, lo que se

traduce en largas jornadas de trabajo sin remuneración justa, condiciones insalubres y, en muchos casos, la vulneración de derechos fundamentales y se traduce en condiciones adversas que afectan la salud respiratoria, con el aumento de enfermedades derivadas de la ocupación informal como las ergonómicas, daños musculoesqueléticos enfermedades respiratorias, enfermedades crónicas. Afectaciones en la salud mental y emocional, relacionados con tensiones por convivencia y hacinamiento familiar (12).

La problemática asociada a este núcleo es el *“La falta de control y educación ambiental de los residuos sólidos en la localidad, han contribuido a la acumulación de estos y la mala calidad del aire. Así mismo, las dinámicas sociales y laborales informales de la población local han incidido a que dicha problemática se concentre más en unas zonas que en otras. De esta manera se identifica la deficiente recolección y gestión de los desechos, especialmente en las UPZ 49, 84, 85, 86 y 87 por su cercanía a botaderos o lugares donde se arrojan de manera clandestina escombros. Lo anterior ha podido incidir en el aumento de atenciones por infecciones respiratorias como bronquitis, neumonía, entre otras, así como enfermedades dadas por vectores (ratas, cucarachas), los cuales repercuten en la salud de las personas que transitan y viven cerca a estas zonas”*; la cual se analiza desde la categoría de alerta y coordinación entre actores ya que lo que se busca con dicho evento es prevenirlo promoviendo medidas preventivas, no obstante para ello se enfatiza en la importancia de la articulación de diferentes actores tanto sectoriales como intersectoriales para atender estas necesidades.

3.6 Reflexiones Finales

En esta localidad se denotan frente a los núcleos propuestos que están transversalizados por fenómenos sociales estructurales como la pobreza y la desigualdad social, lo cual ha conllevado a que la población tenga diferentes limitantes en Salud frente a la accesibilidad evidenciando el incremento en las tasas de mortalidad en menores de 5 años y Mal nutrición en la población en general, problemática agravada por las distancias geográficas y la oportunidad en las citas médicas. Las condiciones socioeconómicas han sido producto de incrementos en la tasa de suicidio, afectando sobre todo a la población masculina de la localidad, fenómenos como la migración y con ello la estigmatización por raza o género *son determinantes en la calidad de vida de la población.*

La gobernabilidad y gobernanza en temas de salud también han estado afectadas por estos factores estructurales, que aunados con problemas culturales desestiman la confianza en las entidades de salud y en los mecanismos de participación propios para afianzar los procesos en estructuración de las políticas públicas y de la atención en salud, los círculos de pobreza han disminuido la capacidad de gestión de las comunidades.

La prevención, las alertas y por tanto las respuestas han sido afectadas por situaciones tan complejas como la pobreza como lo son: las condiciones del aire, la precariedad en las prácticas habitacionales, el hacinamiento, el manejo de residuos, entre otras, factores presentes en las inequidades socio sanitarias de esta localidad.

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

En la localidad de Bosa, ante la presencia de las distintas problemáticas anteriormente expuestas, relacionadas con el desarrollo de los núcleos para la priorización de necesidades en salud, han surgido

preguntas por parte de los distintos actores involucrados con la pretensión de ser abordadas y en lo posible brindarles respuesta. Dicho así, teniendo en cuenta el carácter social y estructural de estas, es posible que una solución única no sea satisfactoria. Aunque cabe resaltar que el objetivo común es la reducción de las mismas.

Por tal motivo es importante considerar el papel que los determinantes sociales tienen al momento de diseñar, planificar y ejecutar las políticas públicas y que se ajusten a las problemáticas existentes.

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

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

Por lo anterior, es posible que la aproximación más adecuada para la formulación de políticas públicas que atiendan las necesidades sociales, ambientales, los contextos y condiciones estructurales, sea una aproximación de política pública de corte *Bottom-Up*. (80)

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

Frente a la afectación en la salud de la población infantil menor de 5 años, específicamente en temas nutricionales, se identifican algunos actores intersectoriales como la Secretaría Distrital de Integración Social -SDIS- en la modalidad familiar, institucional y comunitaria atendiendo la oferta social frente a la atención en requerimientos alimentarios, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- entidad encargada de la protección integral de la primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, en este caso en específico con los hogares comunitarios y jardines infantiles y el Jardín Botánico de Bogotá -JBB- a través de la coordinación y supervisión de las huertas comunitarias, quienes en articulación con la Subred Sur Occidente con los programas de primera infancia y adolescencia, entorno educativo, entorno laboral, institucional y la ruta de alteraciones nutricionales, han desarrollado jornadas en donde se promueve el desarrollo integral de la primera infancia y se dan orientaciones familiares, psicosociales y nutricionales de prevención y programas en modalidad familiar, con la participación de la población gestante.

Además, PP SAN (comité en Seguridad Alimentaria Nutricional el cual se encarga de implementar y hacer seguimiento de la política de seguridad alimentaria en la localidad) y primera infancia, infancia y adolescencia se articulan con Entorno Educativo para llevar a cabo los equipos que realizan tamizajes nutricionales en instituciones, y educación frente a la alimentación saludable. Entorno Institucional desarrolla sus acciones de educación y prevención en hábitos de vida saludables y jardines infantiles y gestión de IAMI desde el Entorno Laboral en las Salas Amigas de la familia lactante promueven la lactancia materna. Subsistema SISVAN para los casos de desnutrición para

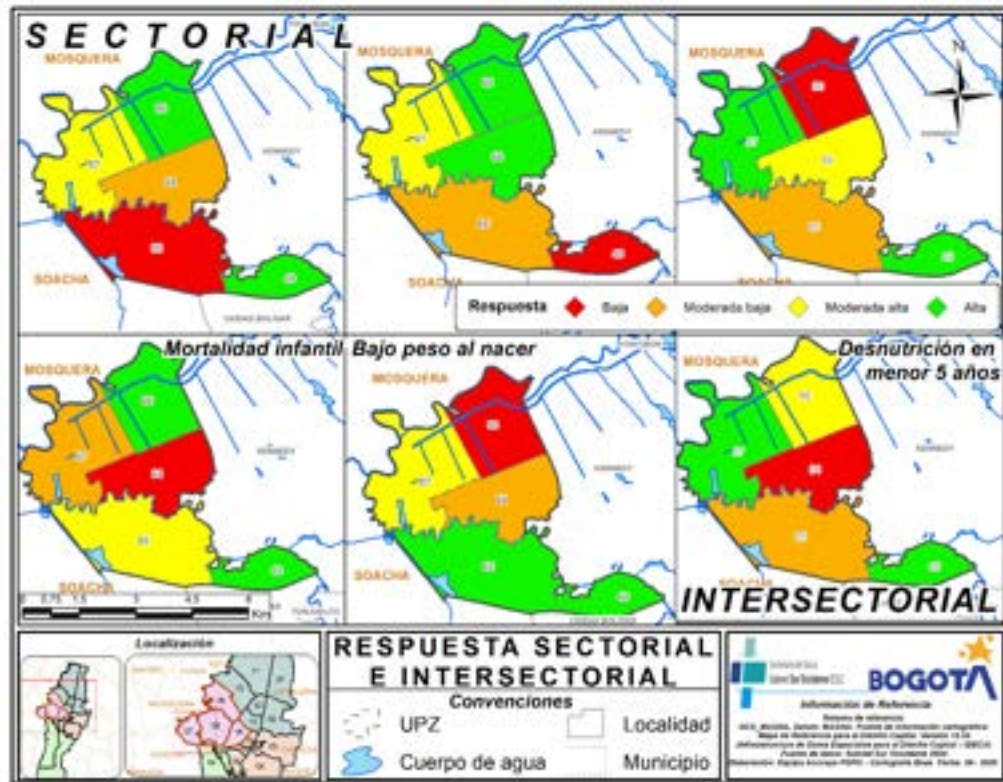
hacer seguimiento. La ruta de alteraciones nutricionales se realiza el seguimiento a casos de desnutrición en términos de atención.

Dentro de la respuesta social, se destaca la identificación de iniciativas comunitarias por parte de la comunidad Muisca de Bosa, y una asociación de huerteros para atender la problemática de desnutrición en menores de 5 años en la localidad. De igual manera, entidades sin ánimo de lucro como la Fundación Éxito, han promovido el desarrollo de programas de atención nutricional y promoción de la lactancia materna, a través del Banco de Leche Humana y los Bancos de alimentos.

La respuesta adelantada en el distrito para la reducción de la mortalidad en menores de 5 años, basada en la realización de jornadas de prevención y promoción de la nutrición y desarrollo integral ha sido insuficiente, debido a la presencia de necesidades básicas insatisfechas y aumento de casos de salud infantil en esta población, lo anterior puede deberse a la presencia de problemáticas relacionadas con la precariedad y niveles de pobreza de la población, los cuales podrían limitar la asistencia a los controles médicos. Esta respuesta distrital se ve reflejada en 2 frentes: uno el sectorial desde la Empresa Social del Estado -E.S.E.- que tiene la responsabilidad de salud para la localidad, representada en este caso por la Subred Sur Occidente E.S.E. a través de su accionar desde la dirección de gestión del riesgo y dos desde lo intersectorial por parte de las entidades distritales que no son del sector salud y que en su accionar reducen esta mortalidad. (ver Mapa 20)

La respuesta dada para el evento de mortalidad infantil desde lo sectorial presenta una baja respuesta en la UPZ 85 Bosa Central, seguido de la UPZ 84 Bosa Occidental, dado principalmente por la alta cantidad de población residente en estas UPZ; sin embargo, en la respuesta intersectorial la UPZ 85 con mayor accionar presenta una mejor respuesta en comparación con la sectorial, pero en la UPZ 84 es baja esta respuesta y es seguida por la UPZ 87 Tintal Sur (ver Mapa 20). Para este evento las UPZ 86 y 49 demuestran la efectividad del accionar de los EBEH y de PAI debido a que la escasa o nula presencia de sedes asistenciales permite en la comunidad la receptividad de los equipos extramurales, pero con la otra cara en la UPZ 85 en donde este mismo accionar es bajo debido a que la comunidad cuenta con una alta oferta de sedes asistenciales no solo de la subred sino también de EPS privadas dificultando el accionar extramural de los EBEH y de PAI.

Mapa 20. Respuesta Sectorial e Intersectorial de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2024



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

La respuesta dada para el evento de bajo peso al nacer desde lo sectorial presenta una baja respuesta en la UPZ 49 Apogeo, seguido de la UPZ 85 Bosa Central; sin embargo, desde lo intersectorial la respuesta es alta en comparación con la sectorial, pero es baja y moderada baja en las UPZ 84 Bosa Occidental y 86 El Porvenir dada la poca oferta de servicios allí y que en comparación con la respuesta sectorial que es alta, a pesar de las pocas sedes de la subred, pero con una fortaleza en su accionar extramural en estas UPZ (ver Mapa 20). Para este evento el accionar de los EBEH en las UPZ 84 y 86 ha sido efectivo, sin embargo, no así en la UPZ 49 en donde por su baja natalidad y gran población adulta mayor el accionar de los EBEH se ve mermado por estas circunstancias.

La respuesta dada para el evento de desnutrición aguada en menores de 5 años desde lo sectorial presenta una baja respuesta en la UPZ 86 El Porvenir, seguido de la UPZ 85 Bosa Central y luego de la UPZ 84 Bosa Occidental, destacando que la gran cantidad de población en estas UPZ dificulta la respuesta; desde lo intersectorial la respuesta también es baja en estas UPZ, pero en un orden diferente: primero con una respuesta baja la UPZ 84 y luego están las 85 y 86 respectivamente (ver Mapa 20). Para este evento el accionar de los EBEH tienen una alta efectividad en las UPZ 49 y 87, en donde también en lo intersectorial desde el apoyo preescolar a la primera infancia desde los jardines públicos y privados se logra la misma sinergia con el sector salud, sin embargo, en la UPZ 86 desde el accionar de los EBEH se ve una baja efectividad en contraste a lo sucedido con los dos eventos anteriores.

Las familias o redes de apoyo o cuidado no ven óptima la respuesta frente a la oferta que las entidades pueden brindarle a las familias, la rigidez en las intervenciones u ofertas disponibles que

tienen las entidades para atender a la problemática no se ajustan a las necesidades que manifiestan las familias.

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

En cuanto a la falta de higiene personal y en los hogares, que limitan la apropiación de buenos hábitos para prevenir enfermedades se destacan actores intersectoriales como la SDIS- realiza jornadas de promoción de hábitos de vida saludables y fortalecimiento de vínculos familiares, con el objetivo de promover la creación de entornos amigables para la salud integral de la población infantil en la localidad, ICBF en las orientaciones y experiencia de cuidado y crianza en el hogar, con hábitos saludables de higiene y la OIM a través de la entrega de Kits y orientaciones de higiene personas y el hogar en atención integral humanitaria a población migrante, desplazados y comunidades de acogida; quienes en articulación con la Subred Sur Occidente principalmente con los equipos básicos extramurales se han realizado jornadas de fortalecimiento en prevención de Enfermedades transmisibles, estos equipos básicos extramurales realizan acciones al interior de las viviendas y dan recomendaciones frente a situaciones del hogar a través de la estrategia se ha logrado identificar casos y hacerles seguimiento directo. Sin descartar las jornadas que se hacen en los puntos concurridos de personas.

En medio del ejercicio se ha identificado la existencia de iniciativas comunitarias, en las cuales se destacan en primera instancia la población LGBTI denominadas *redes de afecto*, cuyo objetivo es consolidar lazos y promover entornos de cuidado entre personas de esta comunidad. Por otro lado, también se destaca la presencia de ONGs y Fundaciones que suministran elementos para la prevención de ITS, específicamente condones.

Por lo anterior, se destaca que si bien se han realizado por parte del sector salud e intersectorialmente actividades de jornadas de prevención y participación comunitaria, el aumento de número de casos para estas enfermedades sugiere que existen limitaciones relacionadas con la acumulación de residuos, presencia de desechos humanos en la cercanía de viviendas y locales comerciales de alto tránsito, precarias condiciones socioeconómicas, además de malas prácticas de higiene que limitan favorecer las condiciones de vida óptimas para el control o reducción de estos casos.

Además se ha evidenciado que las enfermedades transmisibles, en su mayoría de veces son eventos que se tratan al interior del hogar y hacen parte de la intimidad de las personas y familias, haciendo que la detección sea limitada y las dinámicas del hogar están enmarcadas en el ámbito privado y no público, las entidades u organizaciones que logran ingresar a los hogares son casi nulas, indicando que las alerta en promoción y prevención son las herramientas más potentes con las que se cuentan actualmente para atender esta situación. .

Respecto a los Eventos No Transmisibles, para su respuesta se destacan actores como la SDIS con las charlas sobre hábitos de higiene y practicas saludables, IDRd con las actividades físicas en los parques, las Manzanas del Cuidado a través de las actividades físicas y esparcimiento a mujeres y hombres cuidadoras y cuidadores, Secretaría de la Mujer y la Alcaldía Local a través de las charlas en prevención y prácticas de higiene, quienes, en articulación con la Subred Sur Occidente, han llevado a cabo jornadas de prevención y cuidado de la salud en el espacio público, desarrollando espacios de actividad física y recreación para la comunidad. Como iniciativas comunitarias, se destaca que desde

las Juntas de Acción Comunal-JAC- se han llevado actividades físicas y recreativas dirigidas a las personas adultas mayores en el barrio Bosa Linda. Considerando que la entidad responsable debe ser la SDS por el gran componente de salud y prevención que contempla y tiene para la atención de la población.

Pero tras estos esfuerzos se registra aun la comunidad presenta inconformidad con los recursos e inmobiliario disponible en los parques y “siente que los parques están mayormente orientados hacia las actividades deportivas, lo que deja de lado la recreación”. Además, “existe una sensación general de inseguridad en los parques sobre todo durante la noche, relacionada con la venta y consumo de sustancias psicoactivas, la presencia de pandillas, actos de violencia de género (hacia mujeres y la población LGBTI), así como una iluminación deficiente y una vigilancia insuficiente, lo que contribuye a los robos y atracos en la calle” (12). Vale la pena mencionar que las comunidades no aplican los hábitos saludables que se han aprendido en espacios de formación.

Por último, en cuanto al aumento de los suicidios consumados en Bosa, las organizaciones presentes en el territorio están abordando esta situación son la SDIS a través de la charlas de prevención de consumo de SPA en todos los espacios de encuentros poblacionales, alcaldía local con charlas orientadas a la prevención del consumo y temas sobre manejo de emociones, Sub red suroccidente a través de las políticas de salud mental, mujeres y género y familias, entorno cuidador y comunitario, educativo e institucional, líderes comunitarios y población en general, IDR- con la oferta de atención integral, servicio médico gratuito y asesorías en salud mental

El sector salud menciona que se ha logrado enfocar la prevención del suicidio en los cursos de vida a través del consejo de la Red del buen trato donde se adelantan fortalecimientos con actores intersectoriales y comunitarios con un seguimiento a casos específicos, se realizaron doce (12) reuniones; mientras la Secretaria de Integración Social promociona acciones de buen trato frente a la prevención y fortalecimiento en salud mental por parte de la alcaldía local maneja los recursos frente a los programas en salud mental, las diferentes propuestas relacionadas con este tema en los presupuestos participativos son también resorte de esta entidad dentro del territorio.

La formación en prevención de asuntos relacionados al suicidio son los alcances que tiene las entidades pero se requiere de la corresponsabilidad de la comunidad por participar en estos espacios, identificando la apropiación de temáticas y el abordaje como una limitante de la situación, también los participantes en la valoración de los núcleo problemáticos comentan que la ausencia de enfoque de los que orientan las acciones hace que se excluyan algunos actores poblacionales dentro de las respuestas, el tema de la salud mental no está transversalizado desde los diferentes actores intersectoriales como la SDIS, la falta de articulación hace que los temas no se aborden en complejidad ni en profundidad.

No hay talento humano suficiente y capacitado para abordar esta situación problemática, lo que hace que la cobertura sea limitada y las acciones o actividades no tengan impacto social o repercutan en capacidades instaladas.

Hay procesos innovadores a nivel local que pueden ayudar a potenciar la respuesta, pero desde nivel central se desconocen, no se dan la oportunidad de innovar en las estrategias; aunque la población tiene el interés y la voluntad para participar en estos espacios frente a la problemática en salud mental; estos encuentran que las acciones no son constantes o no existe un acompañamiento a largo plazo que dé cuenta del impacto de las acciones (fortalecimientos) en la localidad. adicional manifestaron que el hospital Nuevo de Bosa el Recreo no contaba con ciertas especialidades en salud

que son necesarias para los adultos mayores y que también se requerían servicios de salud mental eficaces para toda la población que reside en la localidad.

En cuanto a la ausencia de hábitos de vida saludables en la localidad, los actores que intervienen principalmente en la SDIS- con la Secretaría De Integración Social, entre otras actividades, realiza jornadas de promoción de hábitos de vida saludables y fortalecimiento de vínculos familiares, con el objetivo de promover la creación de entornos amigables para la salud integral de la población infantil en la localidad, IDR- quienes han llevado a cabo jornadas de promoción de hábitos de vida saludables, adicionalmente de ferias de salud integral y bienestar juvenil, en las cuales se ofrecen servicios médicos gratuitos, asesorías en salud mental y sexual, asesorías con profesionales en nutrición y salud para favorecer la adopción de hábitos de vida saludables y prevención de enfermedades, Secretaria de la mujer- adicionalmente de los servicios ofrecidos por las manzanas del cuidado para las mujeres, para la población infantil ofrece en la localidad refuerzos escolares, actividades físicas, Alcaldía local de con los encuentros en vida saludable para la ciudadanía bosuna.

A nivel sectorial se han realizado 5 jornadas sobre consumo de SPA a las comunidades, formaciones en prevención y Políticas Públicas y entornos trabajan de forma transversal en la atención de la problemática en el espacio público.

A nivel comunitario se han llevado a cabo iniciativas de actividad física para personas adultos mayores en el barrio Bosa linda. La articulación también ha sido importante en estos espacios ya que se ha logrado un abordaje mayor a la población con temas de interes.

Dentro de las limitaciones identificadas en el desarrollo de las acciones, se da cuenta que la principal respuesta frente a la problemática ha estado basada en la prevención, creación de espacios para el cuidado de la salud y la promoción de hábitos de vida saludables; no obstante, existen limitaciones frente a las zonas, talento humano y personas priorizadas para el desarrollo de las mismas. La seguridad y confianza en los espacios de recreación y deporte también influyen a la hora de practicar hábitos saludables de vida.

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

Gobernabilidad

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

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

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

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

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

Otro actor importante en el ámbito de la gobernabilidad es la comunidad, que pasa de ser gobernado a la participación activa y toma de decisiones, por lo que, a las mesas técnicas locales, asisten líderes comunitarios con el fin de visibilizar las problemáticas del territorio, contribuyendo a demás en la pertinencia de las acciones o estrategias destinadas a resolver o prevenir una situación en la comunidad de manera coherente y eficaz. Aunque basta mencionar la limitante de tiempos de participación, cumplimiento, presencia y articulación intersectorial que permita que las propuestas comunitarias sean visibles en los territorios, otra de las limitaciones es que en dichos espacios no están todos los actores que pueden atender las problemáticas o propuestas expuestas por la comunidad o hay limitaciones en la disposición de recursos económicos, físicos o de talento humano.

Gobernanza

De acuerdo al Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031, la Gobernanza es una forma organizativa del ejercicio del poder y procesos de acción conjunta en la que los representantes gubernamentales, y los demás actores sociales, políticos y económicos, se reconocen, relacionan,

articulan y operan en contextos diversos para adelantar acciones colaborativas de interés público orientada al mejor nivel de salud posible.

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

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

A nivel subred, los insumos presentan información relacionada a barreras estructurales frente al acceso a la salud y en términos generales, análisis basados en la intersectorialidad comprendida principalmente como un ejercicio de cooperación entre los diferentes actores (sectoriales, intersectoriales y/o comunitarios), es decir que la relación entre sectores y la necesidad de establecer articulaciones se genera a partir de una necesidad emergente, con el fin de suplir un servicio del cuál carece la contraparte y en el cual buscan dar respuesta a objetivos o metas particulares de cada sector; sin embargo, no se cuenta con un proceso evaluativo o de impacto que mida la relación entre las acciones y los indicadores pues si bien hay una planeación de las partes, estas no son de largo alcance ni pertenecen a un plan de acción, son acciones que culminan una vez son ejecutadas.

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

Participación ciudadana

La participación ciudadana, de acuerdo a la Defensoría del Pueblo; se entiende como conjunto de actividades mediante las cuales los grupos de valor y la ciudadanía en general, ejercen el derecho individual o colectivo de intervenir en las decisiones públicas. Dichas actividades se materializan a través de la deliberación, discusión y cooperación con las autoridades, incidiendo de esta manera en el diagnóstico, formulación, ejecución y evaluación de las políticas, de manera efectiva, amplia, equitativa y democrática (81).

El documento de Análisis Diferencial para la subred hace referencia al trabajo desde la misma comunidad en el tema del cuidado y autocuidado como una política transformadora, reconoce el trabajo comunitario como una forma de progreso para la comunidad. Se identifica la dificultad de la población, en identificar a la burocracia comunitaria como una barrera de inversión del estado frente a las consideraciones poblacionales, negligencia gubernamental.

A nivel local, se logró identificar aquellas formas de participación ciudadana en las cuales las organizaciones comunitarias y ciudadanas pueden realizar sus aportes en cada una de las instancias de participación tanto sectoriales, intersectoriales como con el sector privado, aunque como limitantes la disponibilidad de tiempo y la presencia de actores claves y decisorios en la construcción de Políticas Públicas. Por otro lado, se logró identificar, un avance en las acciones de las diferentes políticas públicas en beneficio de las comunidades diferenciales: afros, discapacidad, LGBTI, entre otros.

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

Es así como para la localidad de Bosa, se logró identificar en dichos documentos los principios de Participación Ciudadana y la formulación de planes de desarrollo por parte de las organizaciones comunitarias. De igual forma, se evidenció un avance en la política SAN desde el fortalecimiento de la participación social incidente. Desde la política de Vejez se reconoce la política en diferentes espacios de participación comunitaria. Desde la política LGBTI, se logró realizar una transversalización desde el enfoque diferencial. Para la comunidad Afro, la política logró participar en instancias de comisión consultiva en comunidades afros y se concretaron compromisos relacionados a la medicina ancestral. Respecto a la política social incidente, se realizaron acciones en el marco de la política de Participación Social para la incidencia política; para ello se realizaron articulaciones y alianzas con instituciones buscando como objetivo el fortalecimiento de actores comunitarios.

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

En cuanto a la falta de corresponsabilidad y acceso a la información de servicios de salud sexual y reproductiva, en mujeres a partir de los 10 años en la localidad de Bosa, la comunidad menciona que entidades como SDIS con programas orientados a la toma de decisiones asertiva, programas de mujeres lactantes y gestantes y prevención de violencias, ICBF a través de la prevención a pautas de crianza y prevención de Violencias de Genero, Subred Suroccidente con la implementación y participación de Políticas Públicas y entornos, entrega de suministros para una vida sexual libre y responsable, pruebas rápidas de detección de VIH entre otras, OIM como los encuentros con mujeres migrantes, desplazadas y refugiadas en temas de prevención de violencias, SDE y DILE en las instituciones educativas en las charlas y esquemas de catedra de prevención y cultura de Paz, para la toma de decisiones, , hacen presencia en el territorio desarrollando diferentes estrategias de prevención de violencias y de información frente a la salud sexual y reproductiva a las niñas entre 10 a 14 años.

Entorno Comunitario con el Centro de Escucha Mujer donde hay estrategias de juventud en temas de SSR, En el Entorno Institucional se realizan acciones de educación y prevención en SSR según el curso de vida. Entorno Educativo realiza educación y prevención en educación sexual en instituciones priorizadas, se han realizado jornadas de fortalecimiento en prevención y jornadas de controles prenatales para prevenir la mortalidad materna y la fecundidad en menores. La fundación éxito ha

apoyado la adherencia a los controles prenatales y verificaciones y asistencia al estado en salud de las madres.

Frente a los alcances: el sector no solo hace prevención y promoción, ya que se realizan seguimientos a casos específicos, y se entregan insumos para promover la SSR, según el curso de vida y la necesidad. Adicionalmente, es una problemática que se maneja de manera transversal en muchas de las políticas como discapacidad, migrantes, LGBTI, y actores sectoriales ya mencionados; La oferta intersectorial permite generar acciones más asertivas a la comunidad en donde se entregan insumos o a través de la articulación de actores sectoriales e intersectoriales se amplía la participación de la comunidad en la toma de pruebas motivando la atención diferencial.

Pese a los esfuerzos adelantados se ha evidenciado la persistencia y el incremento de los datos en cuanto a mortalidad materna, sujeto a la falta de acceso a la información pertinente y los contextos de vulnerabilidad que pueden dificultar un abordaje de la situación, no hay una relación entre los indicadores de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual. Hay procesos innovadores a nivel local que pueden ayudar a potenciar la respuesta, pero desde nivel central se desconocen por lo que desde SDS no potencian estas iniciativas o no son incluidas dentro de las estrategias. no se da la oportunidad de innovar en las estrategias.

Según el análisis arrojado por el Software Atlas TI, se podría concluir que hay limitantes en el acceso a los servicios de la maternas y el cuidado de la salud sexual, la atención a las mujeres y población infantil es insuficiente causado por la falta de un enfoque integral y diferencial en la salud, junto a la escasa participación de las mujeres en la formulación de políticas de salud, la discriminación y segregación en el acceso a servicios son barreras significativas que limitan la efectividad de las intervenciones.

La jefatura femenina en los hogares, la percepción de pobreza y la inequidad laboral influyen negativamente en la salud de las mujeres. condiciones que pueden perjudicar la capacidad para acceder a servicios de salud, ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y tomar decisiones respecto a sus estados de salud y bienestar, con consecuencias como el aumento en morbilidad materna y una menor calidad de vida para ellas y sus familias perpetuando ciclos de pobreza y desigualdad social y económica en la localidad.

Existe una necesidad de mejorar la comunicación y la visibilidad de los servicios de salud materna en la localidad: las mujeres gestantes y lactantes a menudo no reciben la información necesaria sobre sus derechos y los servicios disponibles, lo que puede resultar en un acceso limitado a la atención adecuada; por último, la población no concibe que los embarazos en menores de 14 años constituyen un delito y por ende no hay responsabilidad social frente a la problemática, naturalizando esta situación (82).

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

Aumento en las atenciones por Infecciones respiratorias, lo cual puede estar relacionado con la mala calidad del aire que posee la localidad, el manejo inadecuado de residuos sólidos dentro de los cuales se resaltan las UPZ 49, 84, 85, 86 y 87 por su cercanía a botaderos o lugares donde se arroja de manera clandestina escombros; y debido a las dinámicas laborales de la población local, en las cuales

se evidencian algunos factores socioeconómicos (pobreza, desempleo, trabajo informal y bajos ingresos) que podrían determinar que los hombres son los mayormente afectados por dicho evento.

En cuanto a la falta de control y educación ambiental de los residuos sólidos en la localidad la respuesta para esta problemática, se evidencian actores intersectoriales como la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos -UAESP- en desarrollo de actividades de recolección de residuos como escombros, construcción y demolición a través de jornadas de eco puntos en la localidad junto a el operador Limpieza Metropolitana S.A. E.S.P. -LIME- en la localidad realiza actividades de limpieza, intervención de puntos críticos y atiende reportes de acumulación de residuos. La Secretaría de Ambiente con la limpieza en las rondas hídricas de la localidad. La alcaldía local- ferias de autocuidado y promoción de hábitos de vida en toda la población., el operador, la Alcaldía Local, Subred Sur Occidente a través de la PP salud ambiental, Entorno Cuidador Comunitario y Educativo, SDE-DILE con la formación en reciclaje y separación en la fuente a los entornos educativos, Mesas de los recicladores en las que se pactan acuerdos para contribuir al cuidado del espacio público, aprovechamiento del mismo y comportamientos de esta población, se dialogó sobre acuerdos, compromisos y normatividad.

quienes se articulan con la Subred Sur Occidente, para desarrollar diferentes acciones integradas, dentro de las cuales se resaltan principalmente 28 jornadas de limpieza, cuyo principal objetivo es incentivar la adecuada separación y recolección de residuos y neumáticos, en algunas zonas de la localidad de Bosa como el barrio El Regalo. Otra de las acciones que desarrollan en conjunto estos actores, son las jornadas de fortalecimiento en materia de prevención, cuidados ante la enfermedad y un mejor manejo de las salas de IRA y ERA y acciones de notificación y puntos críticos de la localidad. Mientras que en educación en sus estrategias de entornos inspiradores y el PRAE, proyectos ambientales en los colegios con el fin de promover acciones que favorezcan la salud ambiental y priorización de otras problemáticas que generan mayor impacto en la localidad; la participación de la mesa de recicladores también apoya el control del manejo de residuos y puntos de acopio.

Si bien se han adelantado jornadas de limpieza y separación de residuos, además de jornadas adicionales intersectoriales en el ámbito de prevención de infecciones respiratorias, existen limitaciones en la efectividad de esta medida, debido al aumento de atenciones por infecciones respiratorias y la presencia de lugares de arrojo clandestino de residuos sólidos en la localidad. Además de lo anterior, la existencia de factores socioeconómicos precarios en estos sectores donde se acumulan los residuos sólidos favorece que la población siga siendo afectada por la problemática, y no se tenga una reducción de esta, a pesar incluso del desarrollo y apoyo de iniciativas comunitarias, demostrando que los esfuerzos institucionales no son suficientes y las posibilidades de innovación sean deficientes.

La comunidad tiene algunas acciones más concretas frente a la separación y aprovechamiento de residuos como las huertas comunitarias, pero estas alternativas no se insertan en programas institucionales lo cual hace que se mantengan las distancias de articulación entre la institución y lo comunitario

4.5 Reflexiones Finales

Frente a los diferentes actores que pueden intervenir en las respuestas a los núcleos descritos anteriormente en la localidad de Bosa se puede analizar que el Distrito Capital a través de las diferentes secretarías, ha abordado problemáticas que se presentan en los territorios, así mismo ha destinado recursos económicos y de talento humano para atender dichas situaciones, la comunidad

y organizaciones privadas han destacado por la amplia participación en el abordaje de las mismas, las comunidades han sido grandes referentes para la descripción y atención de estas circunstancias contextuales.

En cuanto al distrito se han identificado algunas falencia referentes a los campos de acción, limitaciones principalmente por la prevalencia del manejo preventivo desatendiendo situaciones contextuales y estructurales, que ameritan un abordaje diferente, ejemplo de ello son las necesidades básicas insatisfechas o el aumento de casos en la atención a salud infantil; pese a esfuerzos en jornadas de sensibilización hay situaciones que no pueden ser sorteadas o atendidas solo con brindar la información y talleres de prevención. En los diferentes núcleos se puede evidenciar que las acciones de articulación sectorial e intersectorial pueden ser ineficaces para abordar respuestas a las demandas territoriales.

La participación de las organizaciones privadas y la articulación con las secretarías, en específico con la Subred Sur Occidente en la localidad, ha tenido una experiencia exitosa contemplando la atención que se le ha brindado a la población en general y las canalizaciones que se han podido realizar en articulación entre la Subred y las EPS garantizando un acceso a la salud de forma oportuna. La comunidad también ha puesto de su parte frente a temas relacionados con la participación ciudadana reflejado en la formación de cuidado y autocuidado del entorno y de la salud, resaltando logros como: reconocimiento de la ancestralidad, comprensión de la atención a poblaciones diferenciales, acceso libre a la salud entre otros.

También se encontraron limitantes que profundizaron inequidades en el sistema social y de salud frente a la gobernanza y gobernabilidad, donde se destacó la falta de sensibilización en derechos sexuales y reproductivos, la falta de interlocución con actores claves en diseño de las Políticas Públicas aun cuando se asiste a los comités técnicos, las acciones coordinadas pero no complementarias entre instituciones públicas, la falta de acompañamientos médicos referentes a la atención tradicional y ancestral, las recepción y tratamiento de denuncias sobre todo en temas de violencias basadas en Género (VBG)., espacios de dialogo comunitarios con actores que tomen decisiones frente a la construcción de políticas públicas, entre otros.

Se evidencio la necesidad de contemplar actores sociales que están fuera del radar, incrementando la capacidad participativa y la atención integral de problemáticas priorizadas en el sector Salud, como lo son los comedores Comunitarios y demás proyectos poblacionales de la secretaria de integración social -SDIS-.

Y por último hay que fortalecer las capacidades comunitarias, frente a la identificación y reconocimiento de problemáticas de salud que afectan directamente a las comunidades para fomentar y fortalecer aún más la corresponsabilidad en el cuidado ambiental.

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

La OMS, considera que una de las funciones esenciales de la Salud Pública, es monitorear y analizar la situación en salud de la población. Dicho monitoreo, se realiza mediante el Diagnóstico de Salud (DS) de la comunidad, el cual es un elemento imprescindible para determinar necesidades e identificar problemas y riesgos de salud, y plantear posibles soluciones que mejoren la salud de la población (83).

Para ello, existen métodos cualitativos y cuantitativos para priorizar problemas de salud. Frente a los métodos cualitativos como el de *Parrilla de análisis* y el *Simplex* se destaca que son sencillos, pero poseen un alto grado de subjetividad. Los métodos cuantitativos son menos subjetivos y ayudan a tomar mejores decisiones de salud, dentro de estos se encuentran método DARE (Decision Alternative, Rational, Evaluation), el de Priorización de criterios, y el de Hanlon, por mencionar algunos (83).

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

- **COMPONENTE A: (Magnitud)** toma en cuenta al número total de personas que tienen el problema, ya sea en grupos pequeños o grandes, su ponderación se basa en una escala del 0 a 10. Existen dos formas para establecerla; 1) de acuerdo al total de población afectada y, 2) de acuerdo al porcentaje de población afectada (83). Este componente asigna puntuaciones de acuerdo a las unidades afectadas por cada 1000 habitantes. Con las siguientes preguntas ¿los indicadores de salud asociados al problema superan el nivel de referencia de la subred?, ¿Los indicadores de salud asociados al problema superan el nivel de referencia de la ciudad?, ¿Los indicadores de salud asociados al problema han presentado alertas en los últimos 5 años? Y los ¿Indicadores de salud asociados al problema están cumpliendo la meta establecida en los planes distritales?
- **COMPONENTE B: (Trascendencia o severidad)** se establece de acuerdo a cuatro componentes que están determinados por la urgencia, la gravedad, la pérdida económica y número de personas afectadas (83). Mediante el uso de la información relacionada con la enfermedad o problemática en salud, se darán respuestas a las preguntas: ¿qué letalidad presenta la enfermedad? ¿es causa de discapacidad temporal o permanente? ¿es causa de muertes prematuras? ¿es causante de años de vida perdidos? ¿cuáles son los costos del tratamiento o rehabilitación? ¿causa complicaciones?
- **COMPONENTE C: (Eficacia de la intervención)** evalúa la capacidad para actuar sobre los problemas de salud, valora si los problemas se pueden controlar o erradicar en una escala con intervalos de 0.5, 1 y 1.5. Cuando el problema no se puede controlar su valor es 0.5, si se controla parcialmente es igual a 1 y, si tiene control total es igual a 1.5 (83).
- **COMPONENTE D: (factibilidad Pertinencia, Factibilidad económica, Disponibilidad de recursos, Legalidad y Aceptabilidad -PEARL o PERLA-)** evalúa si un programa o actividad en particular puede aplicarse y permite determinar si el problema tiene solución. A cada uno de los elementos se les da un valor de 1 si es positivo y 0, si es negativo. Si alguno de los elementos presenta un valor de 0, se considera un problema de salud no viable de solución. Esta valoración implica necesariamente conocimiento teórico y estadístico del problema de salud para dar respuesta a cada uno de los elementos (83). La respuesta a este componente y su asignación numérica implica realizar preguntas orientadoras en cada uno de los elementos anteriormente descritos. Las preguntas relacionadas a la Pertinencia son: ¿Sé puede resolver el problema de salud con la intervención de acciones de los programas de salud?, ¿Sé puede erradicar la causa de la problemática de salud? la principal pregunta asociada a la *Factibilidad Económica* es ¿Cuál es el costo de la aplicación de los programas?, frente a la *Disponibilidad de Recursos*, la pregunta asociada es ¿Sé cuentan con los recursos humanos para implementar los programas de salud? ¿Sé cuentan con recursos materiales?

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

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

5.1 Desarrollo método Hanlon Subred Sur Occidente

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

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

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

Previo a la realización del ejercicio, se explicó brevemente la metodología de Hanlon a los participantes y su aporte para el desarrollo del “capítulo V: priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio”, en el cual la información sería utilizada para la priorización de problemáticas y prioridades sociales en salud. En cada localidad se expuso cada problemática en su respectivo orden y se asignó una calificación teniendo en cuenta los criterios de magnitud, viabilidad, gravedad, factibilidad y posteriormente se aplicó la fórmula de priorización **A + B (C x D)**. Dicho así, para la localidad de Bosa, se asignaron 6 problemáticas.

5.2 Resultados ejercicio de priorización de problemas y necesidades sociales de la salud en la Localidad de Bosa

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

Problemática	Puntaje
<i>“Determinantes asociados al género, condición socioeconómica y edad, son factores que pueden influir negativamente en la capacidad de los individuos de acceder a los</i>	13,75

<p><i>distintos servicios que posee el sector para atender sus necesidades. De igual manera, la ausencia de ingresos estables, la no posesión de documentación adecuada y ser víctimas de acciones discriminatorias y violentas, aumentan las brechas frente al acceso y la oportunidad en la atención a su salud. Es así como se identifica la falta de corresponsabilidad y acceso a la información de servicios de salud sexual y reproductiva, en mujeres a partir de los 10 años en la localidad de Bosa. Lo anterior, puede desencadenar en diferentes problemas de salud como morbimortalidades maternas, riesgo de bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, afeción neonatal grave, riesgo de aborto espontáneo, obstrucción del parto, deserción escolar, círculos de pobreza, entre otros”.</i></p>	
<p><i>“La desigualdad social en términos de desempleo y necesidades básicas insatisfechas, contribuyen al aumento de los suicidios consumados en Bosa, siendo este un problema en salud pública ya que a nivel mundial es la principal causa externa de mortalidad. Adicionalmente, factores de riesgo como el consumo de SPA y las violencias, propician escenarios en donde las personas (especialmente los hombres en cursos de vida de juventud y adultez), al no tener las suficientes estrategias para la prevención, ven el suicidio como una opción. Es así como se identifica que existen factores de riesgo que podrían agravar el suicidio en la localidad. Lo anterior, puede desencadenar en diferentes afectaciones en la salud mental de la población como depresión, ansiedad, estrés, u otro tipo de trastornos, así como a sus principales redes de apoyo”.</i></p>	13,00
<p><i>“La pobreza, es uno de los principales determinantes que está intrínsecamente relacionado a la salud, factores como el hacinamiento, las malas condiciones estructurales de las viviendas e ineficiente acceso a servicios públicos, generan ambientes poco salubres para la población. Adicionalmente, la deficiencia en la educación asociada a variables de higiene personal y en los hogares, limitan la apropiación de buenos hábitos para prevenir enfermedades como la tuberculosis y Hepatitis A y B. De esta manera se identifican, prácticas insalubres en la población de la localidad de Bosa, las cuales pueden incidir negativamente en la salud, ocasionando daño pulmonar permanente, afectaciones en diferentes órganos del cuerpo, repercusiones psicológicas, factores de riesgo para otras enfermedades, cáncer, entre otras”.</i></p>	13,00
<p><i>“La pobreza, la desigualdad social y las necesidades básicas insatisfechas, han afectado a la población de la localidad, aumentando las barreras de acceso a ofertas y servicios en la población más vulnerable. Estas, han generado como resultado, la afectación en la salud de la población infantil menor de 5 años, específicamente en temas nutricionales en las UPZ 86 y 87, zonas donde priman el estrato socioeconómico 1 y 2. Lo anterior, puede desencadenar problemas de salud a corto y largo plazo como retraso en el crecimiento, desnutrición, enfermedades, problemas de aprendizaje, sobrepeso, problemas de memoria y habilidades motoras finas, entre otras, que repercuten en el desarrollo social y económico de la persona”.</i></p>	12,75
<p><i>“Las condiciones socioeconómicas, el acceso a alimentos saludables, el género, la raza o etnia, son determinantes en los estilos y calidad de vida de la población. De igual manera, otro tipo de factores comportamentales como el uso y abuso de SPA y la falta de actividad física pueden estar relacionados a las dinámicas propias de la población de Bosa. Estas dan como resultado la ausencia de hábitos de vida saludables, los cuales afectan la salud provocando enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, entre otras”.</i></p>	12,50

<p><i>“La falta de control y educación ambiental de los residuos sólidos en la localidad, han contribuido a la acumulación de estos y la mala calidad del aire. Así mismo, las dinámicas sociales y laborales informales de la población local han incidido a que dicha problemática se concentre más en unas zonas que en otras. De esta manera se identifica la deficiente recolección y gestión de los desechos, especialmente en las UPZ 49, 84, 85, 86 y 87 por su cercanía a botaderos o lugares donde se arrojan de manera clandestina escombros. Lo anterior ha podido incidir en el aumento de atenciones por infecciones respiratorias como bronquitis, neumonía, entre otras, así como enfermedades dadas por vectores (ratas, cucarachas), los cuales repercuten en la salud de las personas que transitan y viven cerca a estas zonas”.</i></p>	11,50
--	-------

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

Priorización 1

En cuanto a esta priorización en las afectaciones de las situaciones de salud en la localidad de Bosa. La problemática corresponde a *“Determinantes asociados al género, condición socioeconómica y edad, son factores que pueden influir negativamente en la capacidad de los individuos de acceder a los distintos servicios que posee el sector para atender sus necesidades. De igual manera, la ausencia de ingresos estables, la no posesión de documentación adecuada y ser víctimas de acciones discriminatorias y violentas, aumentan las brechas frente al acceso y la oportunidad en la atención a su salud. Es así como se identifica la falta de corresponsabilidad y acceso a la información de servicios de salud sexual y reproductiva, en mujeres a partir de los 10 años en la localidad de Bosa. Lo anterior, puede desencadenar en diferentes problemas de salud como morbimortalidades maternas, riesgo de bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, afección neonatal grave, riesgo de aborto espontáneo, obstrucción del parto, deserción escolar, círculos de pobreza, entre otros”*; ponderando esta con una magnitud de 6, bajo la pregunta orientadora: ¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en la salud? Considerando las tasas de morbilidad y mortalidad. Expresando que 6 es una carga alta, que supera la mitad de las afectaciones poblacionales, teniendo presente que el número mayor para este criterio es de 10.

En cuanto a la gravedad respondiendo a la pregunta ¿Qué tan serias son las consecuencias de este problema? Teniendo en cuenta las afectaciones psicosociales y socioeconómicas, se obtuvo una frecuencia de 8, contemplando que los valores de referencia están en una escala de 0 a 10, el valor de 8 es un número relevante y tiene graves consecuencias en términos de morbilidad, mortalidad, impacto económico y social.

La viabilidad de intervención, bajo la pregunta orientadora ¿Las circunstancias institucionales permiten realizar intervención a la problemática? La respuesta en ponderación fue igual a 1, indicando que es una intervención parcial, dado que los y las participantes consideraron que no había suficientes circunstancias institucionales.

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

Por último, es necesario exponer los determinantes que intervienen en la problemática como 1) Género en cuanto a expectativas y funciones sociales que incrementan la tasa de exposición y la vulnerabilidad frente a los riesgos para la salud de la población 2) desigualdad socioeconómica, exponiendo factores económicos y sociales que definen estilos de vida, concepciones y percepciones de la realidad dependiendo de la ubicación social y 3) y Edad el cual es un factor determinante en la construcción de las sexualidades saludables y respetuosas en entornos hostiles o no, así mismo la edad es determinante de la implementación de esquemas no violentos o violentos de vida Sexual y reproductiva de los individuos.

Priorización 2

En cuanto a la siguiente priorización en las afectaciones de las situaciones de salud en la localidad de Bosa. Se identificó *“La desigualdad social en términos de desempleo y necesidades básicas insatisfechas, contribuyen al aumento de los suicidios consumados en Bosa, siendo este un problema en salud pública ya que a nivel mundial es la principal causa externa de mortalidad. Adicionalmente, factores de riesgo como el consumo de SPA y las violencias, propician escenarios en donde las personas (especialmente los hombres en cursos de vida de juventud y adultez), al no tener las suficientes estrategias para la prevención, ven el suicidio como una opción. Es así como se identifica que existen factores de riesgo que podrían agravar el suicidio en la localidad. Lo anterior, puede desencadenar en diferentes afectaciones en la salud mental de la población como depresión, ansiedad, estrés, u otro tipo de trastornos, así como a sus principales redes de apoyo”*; ponderando esta con una magnitud de 4, y bajo la misma pregunta orientadora: ¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en la salud? Considerando las tasas de morbilidad y mortalidad, este valor es bajo que significa que la carga de enfermedad es baja, aunque no se deben desestimar las enfermedades psicológicas.

En cuanto a la gravedad respondiendo a la pregunta ¿Qué tan serias son las consecuencias de este problema? Teniendo en cuenta las afectaciones psicosociales y socioeconómicas, se obtuvo una frecuencia de 9, contemplando que los valores de referencia están en una escala de 0 a 10, el valor de 9 es un número alto al que se le debe prestar atención indicando que las consecuencias están a un punto de ser severas y además este criterio es reflejo de los costos elevados que genera para el sistema, la familia y las comunidades.

La viabilidad de intervención, bajo la pregunta orientadora ¿Las circunstancias institucionales permiten realizar intervención a la problemática? La respuesta en ponderación fue igual a 1, indicando que es una intervención parcial, dado que los y las participantes consideraron que no había suficientes circunstancias institucionales. referidas a acceso de la información, personal idóneo para la atención de la problemática, recursos materiales e infraestructura, que permitan generar capacidades instaladas en los territorios. Con lo mencionado anteriormente la institucionalidad no cuenta con todas las herramientas necesarias, pero si puede hacer intervenciones no se cuenta con todas las herramientas necesarias, pero esto no significa que no pueda hacer intervenciones y acciones para atender alguna de los desencadenantes en salud.

En cuanto a la factibilidad de la intervención a nivel político y económico, bajo la pregunta orientadora ¿Políticamente es posible la intervención de la problemática?, las personas ponderaron la respuesta en 1, siendo este número en los valores de referencia como una respuesta positiva en los elementos (PEARL), expresado condiciones institucionales para intervenir.

La respuesta sectorial e intersectorial a la priorización 2 de la localidad se concentra en la UPZ 85 con sedes de entidades intersectoriales, sin embargo, desde lo sectorial con la respectiva canalización de

las notificaciones de problemáticas colectivas y desde lo intersectorial con el plan nacional de vigilancia por cuadrantes y la ubicación de los CAI en toda la localidad se logra atender las violencias y el consumo de SPA. (ver Anexo 4)

Por último, es necesario exponer el determinante que interviene en la problemática, la desigualdad social en términos de desempleo y necesidades básicas insatisfechas, situaciones estructurales que deben atenderse, propendiendo por la garantía de derechos, la equidad y la igualdad que promuevan espacios de participación, de diálogo y concertación sobre las definiciones sociales sobre la masculinidad y feminidad.

Priorización 3

En cuanto a la problemática identificada por los participantes en una ponderación obtenida tras la aplicación del método Hanlon frente a las afectaciones de las situaciones de salud en la localidad de Bosa, la problemática *“La pobreza, es uno de los principales determinantes que está intrínsecamente relacionado a la salud, factores como el hacinamiento, las malas condiciones estructurales de las viviendas e ineficiente acceso a servicios públicos, generan ambientes poco salubres para la población. Adicionalmente, la deficiencia en la educación asociada a variables de higiene personal y en los hogares, limitan la apropiación de buenos hábitos para prevenir enfermedades como la tuberculosis y Hepatitis A y B. De esta manera se identifican, prácticas insalubres en la población de la localidad de Bosa, las cuales pueden incidir negativamente en la salud, ocasionando daño pulmonar permanente, afectaciones en diferentes órganos del cuerpo, repercusiones psicológicas, factores de riesgo para otras enfermedades, cáncer, entre otras”*; ponderando esta con una magnitud de 4, la pregunta orientadora fue ¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en la salud?, este valor indica que afecta a menos personas.

Pero, tiene una puntuación alta en gravedad (9) al tener un grado de afectación esto hace que se ubique en la priorización 3, así, como en las anteriores la pregunta orientadora fue ¿Qué tan serias son las consecuencias de este problema? A esta respuesta se puede decir que la problemática es importante abordarla, pero menos urgente. Este valor al igual que el de la priorización 2 significa que las consecuencias psicosociales y económicas son severas y la carga en los costos en salud son importantes. El puntaje en este criterio muestra que es una problemática de prioridad alta, sobre todo por los valores de la gravedad, la viabilidad y la factibilidad de la intervención.

El siguiente criterio es la viabilidad de intervención: que se refiere a la capacidad institucional existente para atender dicha situación, bajo la pregunta orientadora ¿Las circunstancias institucionales permiten realizar intervención a la problemática? La respuesta en ponderación fue igual a 1, indicando que es una intervención parcial, esto dado que la atención en estilos de vida saludable no solo corresponde a la SDS, hay otras entidades distritales y nacionales que inciden directamente en la mejora y atención de esta situación, adicional se menciona que el uso y el abuso de SPA también puede estar presente en la problemática, la cual es atendida por varios sectores sociales, entidades territoriales centralizadas o no, por eso son intervenciones parciales, además ponderaron las capacidades institucionales para intervenir evidenciando que no se cuenta con las disposiciones completas en la intervención ya sea por capacidad en recurso humano o de plantas físicas.

En cuanto a la factibilidad de la intervención a nivel político y económico, bajo la pregunta orientadora ¿Políticamente es posible la intervención de la problemática?, las personas ponderaron la respuesta en 1, siendo este número en los valores de referencia como una respuesta positiva en

los elementos (PEARL), expresado en una factibilidad en la atención a esta problemática desde el punto de vista político, económico y legal.

La respuesta intersectorial a la priorización 3 de la localidad se presenta de manera homogénea en casi toda la localidad, excepto en la zona rural donde no existe conexiones de acueducto y alcantarillado, así como en la zona de concentración de acciones de respuesta de la Secretaría de Hábitat ubicada en las riberas del río Tunjuelo y donde confluyen los límites de las UPZ 84, 85 y 87. (ver Anexo 5)

Es necesario exponer el principal determinante que interviene en la problemática, la pobreza dimensional y multidimensional que transversalizada por un componente territorial y socioeconómico representa las posibilidades de estilos de vida saludable, y la posibilidad de acceder a la atención e información sobre esto, la adquisición de vivienda y manutención de las mismas mide grados de vulnerabilidad.

Priorización 4

En cuanto a la problemática identificada por los participantes en una ponderación obtenida tras la aplicación del método Hanlon frente a las afectaciones de las situaciones de salud en la localidad de Bosa, fue *“La pobreza, la desigualdad social y las necesidades básicas insatisfechas, han afectado a la población de la localidad, aumentando las barreras de acceso a ofertas y servicios en la población más vulnerable. Estas, han generado como resultado, la afectación en la salud de la población infantil menor de 5 años, específicamente en temas nutricionales en las UPZ 86 y 87, zonas donde priman el estrato socioeconómico 1 y 2. Lo anterior, puede desencadenar problemas de salud a corto y largo plazo como retraso en el crecimiento, desnutrición, enfermedades, problemas de aprendizaje, sobrepeso, problemas de memoria y habilidades motoras finas, entre otras, que repercuten en el desarrollo social y económico de la persona”*; ponderando esta con una magnitud de 4, recordando que este criterio se refiere al grado de afectación de la problemática en la población, la pregunta orientadora fue ¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en la salud? considerando las tasas de morbilidad y mortalidad. Expresando una carga baja de la enfermedad, que afecta a una parte de la población, pero no es un problema extendido, contemplando que la puntuación de referencia es de 0 a 10.

En cuanto a la gravedad, respondiendo a la pregunta ¿Qué tan serias son las consecuencias de este problema? Teniendo presente las afectaciones psicosociales y socioeconómicas, se obtuvo una frecuencia de 9, este valor muestra la severidad en la ponderación y las consecuencias sociales y socioeconómicas al sistema de salud y las familias es alto.

El siguiente criterio es la viabilidad de intervención: que se refiere a la capacidad institucional existente para atender dicha situación, bajo la pregunta orientadora ¿Las circunstancias institucionales permiten realizar intervención a la problemática?, La respuesta en ponderación fue igual a 1, indicando que es una intervención parcial, hay alternativas disponibles, pero con algunas limitaciones. esto dado que la problemática contempla el componente nutricional en la atención en salud de los menores de 5 años, y la SDS aborda estos temas desde la socialización y sensibilización de estilos de vida saludables mientras la secretaria de Integración social a través de jardines infantiles, centros amar y centros abrazar, transferencias monetarias y componente alimentario interviene a través de apoyos que coadyuvar a suplir necesidades básicas insatisfechas relacionadas con la alimentación.

Además, en términos de la respuesta institucional se evidencia hay unas limitantes de recursos económicos, humanos entre otros que dificultan la atención integral, la baja articulación entre entidades para hacer atenciones con impacto afectan de sobremanera las intervenciones, argumentando que si hay pocos recursos se podrían aunar esfuerzos que permitan brindar servicios con carácter resolutivo.

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

La respuesta intersectorial a la priorización 4 de la localidad se concentra en las UPZ 84 y 85 con sedes de entidades intersectoriales, sin embargo, a lo largo de la frontera de la UPZ 86 con la 84 se tiene una agrupación de jardines infantiles de la SDIS al igual que en la frontera de la UPZ 87 con la 84 donde además se ubica un centro amar. (ver Anexo 6)

Por último, es necesario exponer los determinantes que intervienen en la problemática como 1) los círculos de pobreza que dificultan el acceso a los servicios de salud y la adherencia los tratamientos en este caso la vacunación, provocando índices de morbilidad y mortalidad en menores de 5 años; 2) desigualdad social y socioeconómica, y 3) Necesidades Básicas insatisfechas que no solo afectan la salud de la población sino su calidad de vida.

Priorización 5

En cuanto a la problemática identificada por los participantes en una ponderación obtenida tras la aplicación del método Hanlon frente a las afectaciones de las situaciones de salud en la localidad de Bosa, la problemática se refiere *“Las condiciones socioeconómicas, el acceso a alimentos saludables, el género, la raza o etnia, son determinantes en los estilos y calidad de vida de la población. De igual manera, otro tipo de factores comportamentales como el uso y abuso de SPA y la falta de actividad física pueden estar relacionados a las dinámicas propias de la población de Bosa. Estas dan como resultado la ausencia de hábitos de vida saludables, los cuales afectan la salud provocando enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, entre otras”*; ponderando esta con una magnitud de 4, la pregunta orientadora fue ¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en la salud?, este valor indica que afecta a una parte de la población, pero el problema no es extendido.

Aunque tiene una puntuación alta en gravedad (9) con la pregunta orientadora ¿Qué tan serias son las consecuencias de este problema? A esta respuesta se puede decir que tiene un grado alto de gravedad la carga económica y de responsabilidad institucional es severa.

El siguiente criterio es la viabilidad de intervención: que se refiere a la capacidad institucional existente para atender dicha situación, bajo la pregunta orientadora ¿Las circunstancias institucionales permiten realizar intervención a la problemática? La respuesta en ponderación fue igual a 1, indicando que es una intervención parcial, esto dado que la atención en estilos de vida saludable no solo corresponde a la SDS, hay otras entidades distritales y nacionales que inciden directamente en la mejora y atención de esta situación, en la problemática se menciona el uso y el abuso de SPA la cual es atendida por varios sectores sociales en búsqueda de una atención integral, por eso son intervenciones parciales. Evidenciando que hay estrategias, pero disponibles, pero son

limitadas al no contar con el talento humano suficiente y al no poder dejar capacidades instaladas (muy relacionado con la gravedad).

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

La respuesta sectorial e intersectorial a la priorización 5 de la localidad se comporta de manera homogénea en toda la localidad, con excepción en la zona de los conjuntos residenciales de Parques de Bogotá en la UPZ 87 donde la respuesta sectorial se ve reducida a un solo punto Cuidate, Se Feliz. (ver Anexo 7)

Es necesario exponer los determinantes que intervienen en la problemática como 1) condiciones socioeconómicas, 2) seguridad alimentaria, 3) Género y 4) La raza o Etnia, todos incidiendo en la consecución de hábitos de vida saludable.

Priorización 6.

La última problemática con una ponderación del 11.50 referente a *“La falta de control y educación ambiental de los residuos sólidos en la localidad, han contribuido a la acumulación de estos y la mala calidad del aire. Así mismo, las dinámicas sociales y laborales informales de la población local, han incidido a que dicha problemática se concentre más en unas zonas que en otras. De esta manera se identifica la deficiente recolección y gestión de los desechos, especialmente en las UPZ 49, 84, 85, 86 y 87 por su cercanía a botaderos o lugares donde se arrojan de manera clandestina escombros. Lo anterior ha podido incidir en el aumento de atenciones por infecciones respiratorias como bronquitis, neumonía, entre otras, así como enfermedades dadas por vectores (ratas, cucarachas), los cuales repercuten en la salud de las personas que transitan y viven cerca a estas zonas”*; dicha problemática tiene una magnitud de 4, afecta en un nivel intermedio a la población.

La puntuación en el criterio de gravedad tiene una puntuación alta, como en otras problemáticas expuestas, con una ponderación de 8, evidenciando que las consecuencias del problema son serias (a corto, mediano y largo plazo), un manejo no adecuado puede tener consecuencias en problemas de salud agudos y crónicos. Se ubica en este lugar porque la magnitud y gravedad son bajos en comparación con otras problemáticas con magnitudes y gravedades más elevadas.

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

La respuesta sectorial e intersectorial a la priorización 6 de la localidad se comporta de manera homogénea en toda la localidad, con excepción de los contenedores y las cestas de basura que se solo se encuentran sobre las avenidas secundarias de acceso a los barrios más antiguos y no en las vías locales de estos barrios. (ver Anexo 8)

Por último, es necesario exponer el determinante que interviene en la problemática como las dinámicas territoriales y geográficas, definiendo las acciones territoriales en el abordaje al cuidado ambiental al igual que las intervenciones.

5.3 Reflexiones Finales

Según lo expuesto en este capítulo, se puede concluir lo siguiente:

Para la problemática con priorización 1, demostró tener una magnitud alta, afectando a un número significativo de la población y contemplando una carga importante de la enfermedad en cuanto a tasas de mortalidad y morbilidad se refiere, promovido por las barreras de acceso a temas prioritarios como la salud sexual y reproductiva en las mujeres mayores de 10 años; en cuanto a la gravedad de esta situación con una ponderación de 8 según el método se evidencia que hay unos impactos con repercusiones psicosociales y socioeconómicos para el sistema, las familias y comunidades, destacando la importancia de la prevención en estrategias acordes a la realidad de los sujetos sociales en este caso mujeres. Con viabilidad y factibilidad positiva, indicando que puede intervenir sin restricciones.

Para la priorización 2: el abordaje también debe ser prioritario tras la evidencia de aumento de los trastornos mentales y las opciones de afrontamiento, principalmente el suicidio, con una puntaje de 13.00 en la aplicación del método, ubica esta problemática en el segundo lugar al considerar criterios cualitativos y estratégicos, además cuenta con más recursos disponibles para la atención por ser la SDS la primera respondiente frente al incremento o descenso en las tasas de suicidio, es la entidad con una relación más directa frente a situaciones de trastornos mentales. También cuenta con niveles positivos de factibilidad y viabilidad permitiendo que la entidad pueda tomar decisiones acertadas de inversión.

Los profesionales de la salud que participaron en la implementación del método aludieron en la importancia de aumentar las capacidades para atender las situaciones desencadenadas en problemas de salud mental, al igual que en la infraestructura y capital humano; fortalecer a las instituciones en este manejo para disminuir las barreras de acceso a la información y colocar en la agenda de gobierno esta problemática como una prioridad.

En cuanto a la priorización 3, la problemática se refiere a la apropiación de hábitos saludables de vida, enfocado a la higiene personal y calidad de vida. Ésta, tuvo según la aplicación del método una cifra del 13.00 igual que la priorización 2, pero se ubica en este lugar dado que hay situaciones que ameritan más estudio y análisis, en la atención a esta problemática se solicita una articulación mayor para dar respuesta a los determinantes, este dato también puede decir que el abordaje de la problemática depende de decisiones externas y podría tener implicaciones menos evidentes a corto plazo.

En cuanto a viabilidad y factibilidad cuenta con datos positivos, indicando que no hay problemas para intervenir, por eso, aunque tiene ponderaciones iguales en todos los criterios Halón es importante destinar recursos para atender la priorización 2 y 3.

La priorización 4, hace referencia a las barreras de acceso de atención en la población vulnerable, el método demostró su viabilidad y factibilidad a través de la ponderación positiva. En cuanto a la magnitud y la gravedad es igual que en las priorizaciones 2 y 3 pero hay componentes cualitativos que hicieron variar la ponderación y hace que se ubique en este lugar, la diferencia es mínima y

sugiere que la problemática puede tener menos impacto en comparación con las otras dos priorizaciones, podría estar relacionado también con disponibilidad de recursos.

Se denota que hay problemas estructurales que deben ser abordados por otras entidades y el gobierno, la corresponsabilidad e interiorización de hábitos es también determinante para brindar respuesta a esta problemática y la implementación de jornadas y talleres no es suficiente dado que es un hábito que se debe adquirir y reforzar, esto quiere decir que todas las instituciones y sectores sociales deben inmiscuirse para la atención integral.

La priorización 5, que hace referencia a la falta de apropiación de estilos de vida saludable, es también otra de las problemáticas que en el método tiene el dato de magnitud, gravedad, viabilidad y factibilidad igual pero en la ponderación tiene un puntaje de 12,50, este valor representa que es una situación importante por trabajar pero que orden de priorización y de gasto aún puede esperar para ser atendida, la posibilidad de abordar parte de la situación, los determinantes y sus consecuencias puede estar relacionada indirectamente con la priorización 3, cualitativamente se evidencio que las personas participantes en ambas situaciones mencionaron la comprensión holística de las situaciones alimentarias y de apropiación de estilos de vida saludable con enfoque diferencial, hay datos cualitativos que no están contemplados en las tablas del método.

La última problemática priorizada hace referencia a la falta de control y educación ambiental, en la aplicación del método se denoto una ponderación positiva en los niveles de viabilidad y factibilidad, la magnitud de 4 y gravedad de 8, indican que éste es lugar se debe a que hay problemas con mayor impacto, mayor gravedad y ponderaciones más altas.

Aun así, no se debe desestimar la intervención ya que se pueden generar problemas serios de salud representada en enfermedades crónicas y agudas, lo cual indicaría que se realizara más disposición de recursos al aplazar la atención y acción a esta problemática. El método Hanlon permite conocer en prioridad la distribución de los recursos financieros, talento humano, infraestructura entre otros, garantizando la atención en todas las problemáticas priorizadas, habría que contemplar el impacto, la medición y evaluación de las acciones y plantear respuestas más eficaces y eficientes con la participación de diferentes sectores sociales.

CAPÍTULO VI. PROPUESTAS DE RESPUESTAS 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 ATENCION EN SALUD MAS BIENESTAR

Siguiendo la información suministrada por los documentos del Plan Decenal de Salud pública, Plan de Desarrollo Distrital(PDD), el Plan Territorial de Salud y el Modelo de atención en salud “MAS Bienestar”, las intervenciones en salud llevadas a cabo por el distrito deben orientarse a partir de un enfoque participativo que tenga en cuenta los Determinantes Sociales de la Salud, y, busque el fortalecimiento de la coordinación transectorial e intersectorial para responder a aquellas necesidades en salud consideradas como prioritarias por la población misma, haciendo uso de la información previa existente cómo posible apoyo que facilite la toma de decisiones informadas. Por otro lado, los documentos también hacen énfasis en el reconocimiento de las necesidades en salud y las problemáticas particulares a las cuales están expuestas las poblaciones que han sido histórica y sistemáticamente excluidas, particularmente al momento de intentar acceder a sus derechos en salud. Lo anterior implica que existen disparidades históricas, sociales y culturales que no solo afectan

de forma negativa la salud de una persona o la posibilidad que esta tiene de acceder a los servicios de salud, al crear de forma directa o indirecta barreras que dificultan un acceso efectivo a esta, adicional a esto, implica la existencia de determinantes estructurales e intermedios que afectan también la posibilidad de mejorar su calidad de vida y salud en el mediano y largo plazo.

6.1 Propuesta de recomendaciones para la localidad de Bosa

Basado en la problemática: *“Determinantes asociados al género, condición socioeconómica y edad, son factores que pueden influir negativamente en la capacidad de los individuos de acceder a los distintos servicios que posee el sector para atender sus necesidades. De igual manera, la ausencia de ingresos estables, la no posesión de documentación adecuada y ser víctimas de acciones discriminatorias y violentas, aumentan las brechas frente al acceso y la oportunidad en la atención a su salud. Es así como se identifica la falta de corresponsabilidad y acceso a la información de servicios de salud sexual y reproductiva, en mujeres a partir de los 10 años en la localidad de Bosa. Lo anterior, puede desencadenar en diferentes problemas de salud como morbimortalidades maternas, riesgo de bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, afección neonatal grave, riesgo de aborto espontáneo, obstrucción del parto, deserción escolar, círculos de pobreza, entre otros”.*

Las recomendaciones que se proponen a continuación responden al eje de gobierno y gobernanza de la salud pública del plan decenal de salud pública, el cual propone la participación activa de la población para aumentar la efectividad de la toma de decisiones y acciones colectivas (84), en cuanto al pilar del Modelo MAS-Bienestar en Gestión Integral del Riesgo en Salud plantea el desarrollo de acciones conjuntas que permitan la integración de distintos análisis y datos existentes para lograr una atención oportuna, el desarrollo de actividades de prevención y previsión de riesgos potenciales que permitan mejorar la calidad de vida de la población y la resolución de situaciones socialmente percibidas como problemáticas (85) y en el núcleo de inequidades: las Inequidades y debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud se abordan temas relacionados a la capacidad de gestión, relacionamiento y acción conjunta entre las diferentes entidades a nivel sectorial, intersectorial, privado y comunitario. Por ello, para una mejor comprensión del núcleo se han relacionado tres (3) categorías que dan cuenta de la gobernanza y gobernabilidad en los distintos niveles de gestión pública: 1) Gobernabilidad en cuanto a la estructura de la autoridad sanitaria, sistemas de información y confianza institucional; 2) gobernanza en cuanto a la confianza institucional, espacios de participación y la planeación y ejecución de programas a nivel macro, meso y micro; 3) participación ciudadana relacionada a los mecanismos de participación, liderazgo y empoderamiento comunitario, y la confianza institucional (86).

Con esto presente se obtuvieron las siguientes propuestas:

Frente a los ejercicios de corresponsabilidad: Se resalta la importancia de implementar ejercicios de corresponsabilidad con la comunidad, orientados a la apropiación responsable de los temas, toma de decisiones, compromiso con la vida del otro y la propia, convirtiéndose ésta en vía para potenciar la participación ciudadana; garantizando entre los diferentes sectores y actores el acceso a la información, que deberá cumplir con condiciones integrales y diferenciales.

Al implementar estos ejercicios de corresponsabilidad, se plantea un resultado de gana-gana donde todos los actores se benefician al apropiarse conceptos de salud e información adaptada a cada una de las necesidades poblacionales, con información pertinente y oportuna; por su parte las instituciones a través de la corresponsabilidad podrán promover espacios participativos, inclusivos, respetuosos,

diferenciales, seguros y libres que promuevan el interés poblacional y la formación en la prevención y atención en salud. Se deberá trabajar mancomunadamente para que todos y todas atiendan la salud como un derecho ganado pero que contempla un gran compromiso y una apuesta de confianza.

Plantear la corresponsabilidad como una posible respuesta, está directamente relacionado con ejercicios de autocontrol, corresponsabilidad y solidaridad en los territorios, consigo mismo, el prójimo, la familia y la comunidad, es tener un método de gobernabilidad y gobernanza que permita tener un dialogo fluido con todos los sectores y actores presente en el territorio.

Vale la pena mencionar que estos ejercicios son de largo aliento, lo que no significa que no se hayan realizado acciones orientadas a la interiorización de conceptos relacionados con el autocuidado, corresponsabilidad y solidaridad, solamente que esto debe hacerse de forma constante, bajo el enfoque de la cultura ciudadana, haciendo un conjunto de acciones desde diferentes entidades que fortalezcan la participación ciudadana, la confianza, la auto y mutua regulación con principios de igualdad y tolerancia.

Antes el fortalecimiento en los escenarios de los cursos de vida, las acciones educativas y el acceso a información en espacios diversos: Cada uno de los usuarios indiferentemente de su curso de vida, debería tener acceso a la información y educación acerca de la salud sexual y reproductiva, esto se ha visto limitado por las inequidades sociales, de género y la ausencia de la atención diferencial, transversalizado por preceptos o imaginarios sociales que invalidan a los actores, los estigmatizan, segregan y generan estereotipos que no siempre están relacionados directamente con la realidad.

Claramente promover la generación de estos espacios, plantea retos enfocados a la participación ciudadana, metodologías de trabajo diferenciales, pedagogía a utilizar, temporalidad entre otros, respuestas que no siempre están presentes o están influenciadas por factores sujetos a la prestación de servicios como cantidad y calidad del recurso humano, infraestructura adecuada y capacidad instalada institucional.

Se han realizado esfuerzos valiosos para fortalecer las acciones educativas en cuanto al acceso libre a la salud, sin restricciones y eliminando barreras de acceso, estas acciones deben continuar implementándose en el accionar de las instituciones con acompañamiento y orientación oportuna.

Ampliación del enfoque desde la gestación y primeros años de vida, abordar los riesgos familiares y sociales de violencia en las familias, permitiendo el abordaje de prevención y disminuyendo índices en los diferentes tipos de violencia intrafamiliar: En congruencia con los planteamientos iniciales, esta recomendación reúne la importancia de dialogar sobre SSR en los diferentes ciclos de vida, con énfasis en la primera infancia para que estos temas dejen de ser tabú en la sociedad, las familias que son el primer agente socializador del ser humano, brinde herramientas para la toma de decisiones, la construcción de los planes de vida y hábitos que permitan a los sujetos interactuar responsablemente en sociedad frente a estos temas coadyuvando en la transformación de los determinantes.

Las violencias familiares y sociales requieren ser atendidas intersectorial y transectorialmente desentrañando problemáticas que se presentan en los diversos contextos sociales, la prevención en violencias sexuales dentro y fuera de los espacios de convergencia social deben ser tratados y tenidos en cuenta en los temas sobre salud sexual y reproductiva para que estas situaciones sean abordadas con responsabilidad de todos y todas en sociedad.

Se continúa con el fortalecimiento de la denuncia pero como en muchos otros procesos es una tarea de varias entidades y de las atenciones en varios espacios, los cuales han sido resignificados en las comunidades y visibilizados por las mismas, estos esfuerzos continúan siendo muy afectivos en las comunidades para que continúen creyendo en la institucionalidad.

Frente a la atención integral para los habitantes de la localidad y las poblaciones diferenciales con enfoque de género, agilizando las respuestas efectivas e implementación programas de educación, promoción, prevención y atención: La importancia de la educación, promoción, prevención y atención en temas de Salud Reproductiva y Sexual para los diferentes grupos poblacionales se convierte en eje transversal, aduciendo la necesidad de tener conceptos claros y acciones concretas de atención bajo enfoques que promuevan los derechos, el reconocimiento de género, las comunidades diversas, la etnia, la condición social y contextual, entre otras. Para agilizar las respuestas efectivas; Las acciones de seguimiento y evaluación son relevantes en este punto porque medirán el impacto y la capacidad instalada en los territorios donde se implementen las estrategias de prevención y atención.

Los actores que interviene y podrían intervenir son: SDS a través de los entornos comunitarios, familiares y de género, la estrategia extramural; Secretaria de Educación -SED- a través de la Dirección Local de Educación -DLE- y oficina de Convivencia Escolar-OCE-; SDIS con los proyectos: una ciudad para las familias, Atención de la maternidad y paternidad temprana prevención, Desarrollo integral desde la gestación hasta la adolescencia, Promoción de la gobernanza e Inclusión Prevención de las formas de todas las formas de Violencia y las comisarías de familia; ICBF; SDSCJ a través de las Casas de Justicia y Unidades Móviles de Justicia; OIM; SDMujer con los Casa para la Igualdad de Oportunidades de la Mujer- CIOM- y Secretaria de Gobierno-SDG- para la garantía de derechos y fortalecimiento de la Gobernabilidad, Gobernanza y Participación ciudadana. es pertinente hacer estas acciones lo más pronto posible en articulación constante teniendo presente que las tasas de mortalidad materna hacen parte de los indicadores que están aún afectando la ciudad. En procesos formativos no menor a dos meses.

Basado en la problemática: *“La desigualdad social en términos de desempleo y necesidades básicas insatisfechas, contribuyen al aumento de los suicidios consumados en Bosa, siendo este un problema en salud pública ya que a nivel mundial es la principal causa externa de mortalidad. Adicionalmente, factores de riesgo como el consumo de SPA y las violencias, propician escenarios en donde las personas (especialmente los hombres en cursos de vida de juventud y adultez), al no tener las suficientes estrategias para la prevención, ven el suicidio como una opción. Es así como se identifica que existen factores de riesgo que podrían agravar el suicidio en la localidad. Lo anterior, puede desencadenar en diferentes afectaciones en la salud mental de la población como depresión, ansiedad, estrés, u otro tipo de trastornos, así como a sus principales redes de apoyo”.*

Para estas recomendaciones el eje en el plan decenal de salud pública es la Gestión integral de la atención primaria en salud el cual propone el enfoque en respuestas rápidas y oportunas en materia de promoción de salud, prevención, tratamientos, a partir de la coordinación de distintos servicios de salud, acciones intersectoriales y un diálogo con las personas, familias y comunidades, buscando garantizar la salud física, social, mental y el bienestar integral de las personas (84), para el modelo Mas Bienestar el pilar de Intersectorialidad que busca integrar a los actores públicos, privados y comunitarios para el desarrollo de acciones conjuntas en salud que permitan incidir en la calidad de vida de la población (85), articulado a su vez con el núcleo de inequidad: Inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población, este hace énfasis en la existencia de desigualdades y vulnerabilidades adicionales que enfrenta la población diferencial al

momento de acceder a los servicios de salud y ofertas institucionales, además de la existencia de otras vulneraciones a sus derechos que pueden influir negativamente en el impacto que estas pueden tener para garantizar una mejoría en su calidad de vida (2). Con lo anteriormente mencionado se propone:

Ante incrementar el número de jornadas dando a conocer las líneas de atención en Salud Mental y las oferta: para las personas participantes fue primordial atender los problemas en salud mental que se genera a causa de algunos determinantes y contextos hostiles en la vida de los sujetos, dentro de las propuestas para mejorar la prevención, promoción en situaciones que desencadenen en ansiedad, depresión estrés u otros trastornos mentales se requiere incrementar el número de jornadas en las instituciones educativas y en todo sitio de reunión o concentración brindando información sobre líneas de atención en salud mental y la oferta disponible por la SDS.

Es de rescatar que se requiere el trabajo mancomunado de la institucionalidad y la comunidad, sobre todo en la comprensión de este fenómeno, garantizando que haya un efectivo y afectivo abordaje de la situación y manejo de la información. La secretaria de Salud en conjunto con la línea Calma y la secretaria de la mujer han adelantado esfuerzos para el trabajo en salud mental y la prevención de las mismas, estas acciones han permitido que las comunidades sean cada vez más conscientes de la importancia de tener estados de salud estables que permitan tener un buen vivir.

Frente a la prevención y promoción en jóvenes en consumo de SPA y oportunidades laborales y sociales para hombres en el rango de edad identificado en la problemática: al igual que en las respuestas anteriores, se hace necesario hacer prevención promoción en salud mental en todos los cursos de vida, resaltando a la población que está en consumo de SPA ya que aumenta el riesgo de suicidio, dicha atención debe estar orientada a la toma de decisiones asertiva para su vida y en fortalecer los proyectos de vida a través de vinculaciones a programas de atención en psicología, ofertas laborales, ofertas de servicios sociales de otras instituciones, entre otros, garantizando un real acceso que atienda las necesidades específicas de la población masculina para este caso.

La SDS y entidades como IDIPRON han logrado impactar a la población en la prevención , estos esfuerzos deben continuar bajo los principios del enfoque de derechos y diferencial. El trabajo con los entornos debe continuar al igual que los trabajos con el equipo de extra e intramural.

En el fomento en educación en salud mental desde todos los ámbitos de la vida cotidiana, cursos en primeros auxilios psicológicos para la población y trabajo desde colegio con temas psicoemocionales, factores protectores, redes de apoyo y masculinidades transformadoras: la formación en la escuela sobre el abordaje de situaciones de riesgo y enfermedad mental deben estar presente dentro de las jornadas de prevención en salud y las cátedras referentes a bienestar estudiantil, planteando realidades y mitos sobre la toma de decisiones y el suicidio, con un enfoque de género que logre definir el concepto de masculinidad y las construcciones sociales que se han hecho durante años sobre el termino para así generar conceptos ajustados a los contextos sociales de los individuos.

No solo el ámbito escolar cobra sentido dialogar sobre el Suicidio y las tasas de mortalidad, este es un ejercicio que se debe hacer con el general de la población: cursos en primeros auxilios psicológicos, acompañamiento en crisis, gestión emocional, transformación de conflictos, comunicación humanizada, entre otros se deben implementar en articulación inter e intersectorial para tener espacios pedagógicos diferenciales con la comunidad.

Ante la respuesta oportuna en materia de la ruta de salud mental en la atención de la población, garantizando respuestas claras, concisas y continuas a la población que presenta riesgos en salud mental, con mayor incidencia y articulación a nivel intersectorial, con promoción de los canales de ayuda la prevención y atención, y en cuanto al sector salud, aumentar la cantidad de puntos de atención presencial, virtual y telefónica, con el fin de prevenir y actuar según las necesidades: dentro de las recomendaciones dadas para el abordaje de la problemática se consideró la respuesta oportuna en la ruta de atención de salud mental, en el entendido que las respuestas deben ser claras, concisas y continuas en los diferentes canales que existen para la atención, estas deben ser integrales y deben propender por el desistimiento momentáneo de las ideas suicidas, esta atención debe propender por establecer lazos de confianza, buen trato, y generar comodidad para el usuario. Se le agrega que deben implementarse canales diferenciados para la atención de estas emergencias, en el caso concreto atención a los hombres.

Los canales de atención se deben robustecer para atender situaciones de salud mental. Puntos de atención presencial, virtual y telefónica, así mismo los canales de escucha en el anonimato son importantes; hay que resaltar la importancia de la formación en habilidades prosociales y habilidades blandas de los funcionarios que apoyen la misionalidad en estos medios. Basta resaltar que la Secretaria de Salud mantiene abierta la ruta de Salud mental y esta ha sido socializada en el distrito para el acceso a la misma, lo sugerencia es fortalecerla a medida que las personas interiorizan la importancia de la atención en salud mental.

Frente a las acciones relacionadas con la problemática obedecen a todos los sectores e incluyen a actores públicos y privados implican cambios estructurales de políticas laborales y sociales: Por ultimo esta recomendación alude a cambios estructurales relacionados con la construcción e implementación de las políticas públicas que promuevan la equidad en el acceso a servicios de salud, atendiendo que estas deben ser proclives a reconocer factores externos que son desencadenantes en el suicidio o en otras enfermedades mentales, en la articulación intra e intersectorial, en políticas públicas que se ajusten a las realidades sociales de la población, políticas laborales que contemplen la salud mental y sus efectos o repercusiones en la salud en general, políticas sociales que atiendan la problemática desde un enfoque interdisciplinar e integral, mejoren la calidad de la atención y fomenten la participación comunitaria en la toma de decisiones.

ante los actores que atienden esta situación problemática están la SDIS a través del proyecto de implementación de estrategias de inclusión social y productiva para la población joven en situación de pobreza y vulnerabilidad ; alcaldía local a través de jornadas de prevención; Secretaria de Salud a través de política pública en salud mental; mujer, género y familia, entornos cuidador y comunitario ; por la SCDR a través de programas orientados a las masculinidades transformadoras ,estrategia de hombres al cuidado y la SDSCJ con el componente de convivencia para la Vida para trabajar temas relacionados con Gestión de emociones, Transformación de conflictos, primeros auxilios Psicológicos estos actores deben intervenir brindando información pertinente y eficaz a la comunidad sobre todo en los espacios académicos, desde Jardines hasta los niveles universitarios, en ámbitos comunitarios e institucionales a través de talleres, charlas y procesos formativos, en cuanto a la temporalidad no menor dos meses en cada proceso de formación.

Basado en la problemática: *“La pobreza, es uno de los principales determinantes que está intrínsecamente relacionado a la salud, factores como el hacinamiento, las malas condiciones estructurales de las viviendas e ineficiente acceso a servicios públicos, generan ambientes poco salubres para la población. Adicionalmente, la deficiencia en la educación asociada a variables de higiene personal y en los hogares, limitan la apropiación de buenos hábitos para prevenir*

enfermedades como la tuberculosis y Hepatitis A y B. De esta manera se identifican, prácticas insalubres en la población de la localidad de Bosa, las cuales pueden incidir negativamente en la salud, ocasionando daño pulmonar permanente, afectaciones en diferentes órganos del cuerpo, repercusiones psicológicas, factores de riesgo para otras enfermedades, cáncer, entre otras”.

Esta recomendación se enmarca en el eje del Plan decenal sobre Gestión integral de la atención primaria en salud, enfocado en las respuestas rápidas y oportunas en cuanto a la promoción de la salud, prevención y tratamientos, a partir de la coordinación de distintos servicios de salud, promoviendo las acciones intersectoriales y un diálogo con las personas, familias y comunidades (84), frente al pilar del Modelo Mas Bienestar trata la Gestión Integral del Riesgo en Salud que con una intencionalidad similar busca desarrollar acciones conjuntas que permitan la integración de distintos análisis y datos existentes para lograr una atención oportuna, el desarrollo de actividades de prevención y previsión de riesgos potenciales que permitan mejorar la calidad de vida de la población y la resolución de situaciones socialmente percibidas como problemáticas (85), en el núcleo de inequidades: Inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población se refiere a la existencia de desigualdades en la oferta de salud existente, infraestructura y coordinación con otros actores, lo cual repercute en la salud de la población, disminuyendo la calidad del servicio y aumentando los tiempos de atención, por lo cual propone una mayor descentralización de estos servicios en los territorios (2), basados en esto se propone:

Ante el incremento de las campañas de vacunación en tuberculosis, educación y canalización de usuarios en riesgo: esta recomendación sugiere ampliar el espectro donde se están realizando las vacunaciones de tuberculosis, si bien hay necesidad de atender a toda la población se requiere atender de forma prioritaria aquellos sectores de la localidad donde se concentran más casos de tuberculosis. De nuevo este planteamiento aparece la importancia de la sensibilización a la población para primar la seguridad en salud con la vacunación y garanticen la asistencia de los usuarios a estos espacios. Debe ser un esfuerzo institucional y comunitario para que las personas internalicen conceptos.

Se han realizado campañas importantes en el sector salud de vacunación en enfermedades transmisibles, en diferentes espacios locales de confluencia de población, es importante mantener estas jornadas masivas de vacunación buscando cada vez más inmunizar a la población.

Frente a la garantía de una vivienda digna a familias en vulnerabilidad: atendiendo a un derecho fundamental que es la vivienda, al respeto esta recomendación menciona la importancia de que el estado garantice una vivienda digna a la población en general priorizando a los y las más vulnerables, pero es cierto que estas unidades habitacionales requieren de un esfuerzo de sus habitantes por mantener estilos de vida saludable y hábitos de higiene personal y en sus casas orientados a mantener o mejorar la calidad de vida previniendo riesgos de salud pública.

Entonces se requiere que el estado haga una inversión en el cumplimiento de esta garantía para que las personas puedan mantener estados de salud que le permitan tener trabajos, seguridad alimentaria, acceso a servicios públicos, bienestar en general, atendiendo situaciones estructurales y determinantes sociales.

Ante los hábitos de vida que afectan el desarrollo de enfermedades transmisibles, contemplando factores psicosociales, espacios y acciones del sector salud, a nivel individual, familiar y comunitario con el abordaje por parte de profesionales en psicología: en cuanto a los hábitos de vida estos transitan y a medida que son reforzados las personas los internalizan y los implementan

en su vida, la construcción de los hábitos se convierte en una tarea de repetición en el tiempo, con paciencia, es importante atender variables que parecen en la identificación del problema de hábitos de salud y de vida, factores psicosociales en los entornos comunitarios y familiares, deben ser abordados por profesionales en psicología que permitan que los usuarios aprendan y desaprendan prácticas en salud.

Los equipos intramurales han sido grandes aliados en la posibilidad de la implementación de esta recomendación, ya que son ellos quienes logran ingresar a la vivienda y tener espacios de conexión con la población logrando generar confianza y procesos de dialogo y escucha frente a los hábitos de vida saludable. Se sugiere fortalecer este equipo.

La educación y hábitos de vida saludable debe ser un tema fundamental en las intervenciones de todos los sectores y una prioridad para la administración. Mayor implementación de programas a nivel sectorial, donde se realicen visitas a los hogares, ampliación de coberturas en temas de educación, promoción y prevención donde se generen alianzas y se vinculen los otros sectores en beneficio de los individuos, familias y comunidades: los y las participantes mencionaron la importancia en espacios de prevención, promoción y atención a los diferentes grupos etarios, ven en la educación un aparte importante en el manejo de la información y lo relacionado a los estilos de vida, pero mencionan que no solo se puede quedar la información y la formación en espacios académicos como los colegios y el alumnado, debe abordarse a docentes directivos y demás comunidad educativa así como ampliar el espectro de acción a nuevos espacios donde se considera que la información y la transformación de estas situaciones ya es apropiada por los usuarios.

prepondera la sensibilización a todos los grupos poblacionales y etarios, enfatizando que la información debe brindarse desde las etapas más tempranas para poder luego generar los hábitos que mantendrán una el transcurso de la vida, transformarán las situaciones de riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, respiratorias entre otras a través de la internalización de estos hábitos aprendidos en diferentes espacios sociales: Hogar, Colegio, grupos sociales y de interés, etc.

el planteamiento que en las charlas, talleres y procesos que se adelanten con las personas se puede acompañar por un profesional en psicología entendiendo que los hábitos sobre todo de higiene en el hogar son de carácter privado, personal y familiar y no trascienden a ser de conocimiento público, con este acompañamiento se podría estimar una internalización de conceptos frente a los hábitos saludables en los estilos de vida. Frente a las practicas que ya se llevan a cabo es necesario mantenerlas en tiempo y poder hacerles seguimiento.

Las emisoras comunitarias cobran relevancia en esta problemática ya que a través de estos medios comunitarios y campañas agresivas para mantener estilos de vida saludable a la comunidad se puede lograr mayor penetración y captación de los mensajes por la población; la intersectorialidad. vincula no solo a la SDS a través de los grupos básicos y extramurales, sino también al IDRD con estrategias de promoción y prevención de enfermedades transmisibles a través de estilos de vida acordes para los diferentes ciclos de vida, la SDIS a través de los diferentes programas alimentarios y el acompañamiento a los mismos puede coadyuvar significativamente en la transformación de esta situación, las manzanas de cuidado al ser espacios donde hay articulación intersectorial y promoción de espacios saludables para los y las cuidadoras, Alcaldía Local y SDM actores que pueden aportar desde los aspectos de estilos saludables a la población en general y mujeres, pero sobre todo el apoyo de la comunidad en el restablecimiento derechos y transmisión de información a la comunidad.

Basado en la problemática: *“La pobreza, la desigualdad social y las necesidades básicas insatisfechas, han afectado a la población de la localidad, aumentando las barreras de acceso a ofertas y servicios en la población más vulnerable. Estas, han generado como resultado, la afectación en la salud de la población infantil menor de 5 años, específicamente en temas nutricionales en las UPZ 86 y 87, zonas donde priman el estrato socioeconómico 1 y 2. Lo anterior, puede desencadenar problemas de salud a corto y largo plazo como retraso en el crecimiento, desnutrición, enfermedades, problemas de aprendizaje, sobrepeso, problemas de memoria y habilidades motoras finas, entre otras, que repercuten en el desarrollo social y económico de la persona”*.

El eje de Gestión Intersectorial de los determinantes sociales de la salud del Plan Decenal de Salud pública, reconoce el valor que los distintos sectores tienen al momento de lograr una mayor incidencia en salud y calidad de vida de la población mediante el desarrollo de actividades conjuntas que permitan transformaciones económicas, sociales, ambientales y culturales (84); en el Modelo Mas Bienestar el pilar de la Participación social transformadora busca incidir en cambios de las situaciones estructurales y los determinantes sociales que afectan a las personas: en su realidad individual y colectiva, teniendo en cuenta que el cuidado de la salud parte no solo del reconocimiento de su propia situación y necesidades, sino las de la comunidad, sus vínculos, núcleos familiares y los diversos actores o sectores poblacionales con los cuales convive en su territorio (85), es así que en el núcleo de Inequidades se relaciona con las inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad en la atención en salud, se refiere a la existencia de desigualdades en la oferta de salud existente, infraestructura y coordinación con otros actores, lo cual repercute en la salud de la población, disminuyendo la calidad del servicio y aumentando los tiempos de atención, por lo cual propone una mayor descentralización de estos servicios en los territorios (86), las recomendaciones son presentadas a continuación:

Frente a la garantía de los derechos de los niños y las niñas sin importar las condiciones de los cuidadores e identificación de población que requiera ayudas por parte del estado: se refiere a la garantía de derechos de la infancia, que debe tener el estado, enfocadas al beneficio de la población sin delimitar las acciones a condiciones sociales y económicas de los cuidadores o las niñas y niños. Aunque debe primar por atender a la población vulnerable no se debe desatender a la generalidad, basándose en el principio de la dignidad y estado social de derecho.

La SDS trabaja bajo el enfoque de población diferencial y su accionar da cuenta de esto, se sugiere continuar con la referenciación y contrareferenciación que hace en la identificación de situaciones problemáticas en este caso alimentarias.

Ante el estado nutricional de la población menor de 5 años y su multicausalidad, en la generación de acciones pertinentes para evitar la mortalidad por desnutrición, sin y ampliación del paradigma frente al tema de sobrepeso, obesidad o afectaciones nutricionales crecientes en la población: Esta recomendación atiende a que se debe abordar los imaginarios sociales que se tiene sobre todo en sobrepeso y obesidad, consultando los estados nutricionales en primera infancia y permitiendo entender la multicausalidad del problema de la seguridad alimentaria.

Se realizan acciones de seguimiento a temas de sobrepeso en menores y obesidad, al ser detectados se continúa informando se sugiere seguir con esta práctica.

Desde el sector se deben fortalecer estrategias de articulación de respuestas entre las atenciones intramurales. La gestión de servicios extra murales e intersectoriales y se debe sustentar con indicadores la redistribución de recursos sociales según los diagnósticos de la problemática con

acciones articuladas a nivel sectorial e intersectorial enfocadas en la población afectada, teniendo en cuenta que la prevención de las problemáticas desde la infancia en todas las dimensiones, facilita acciones futuras y previene complicaciones, incrementando la cobertura y fácil acceso a programas e intervenciones en el territorio, donde se logren atenciones efectivas: las personas participantes mencionaron que hay una necesidad latente en la articulación intersectorial, intra e interinstitucional, actores privados y organizaciones sociales para llegar a las poblaciones específicas, permitiendo el reconocimiento de las necesidades básicas insatisfechas y la atención para cerrar brechas de pobreza; Mayor cobertura y fácil acceso a programas e intervenciones en el territorio, donde se logren atenciones efectivas con la mayor cobertura posible y así, a través de la información y acción prevenir enfermedades desencadenantes como retraso en el crecimiento, desnutrición, enfermedades, problemas de aprendizaje, sobrepeso, problemas de memoria y habilidades motoras finas, entre otras.

También aludieron a la necesidad de sustentar con indicadores la redistribución de recursos sociales, optimizando la cobertura y beneficio de servicios alimentarios en los menores de 5 años reiterando que la garantía de derechos debe estar enfocado en el estado de bienestar y social de derecho.

Desde la Secretaría de Salud a través de la Red Sur Occidente bajo los programas de primera infancia y adolescencia y apoyados con los esfuerzos de la estrategia de intra y extramural se pueden atender familias y personas específicas. Abordando la problemática de fondo y logrando que los integrantes de la familia auto reconozcan la situación existente; la SDIS desde los programas en Generación del bien-estar alimentarios y nutricional deberá apoyar tareas muy específicas frente al acceso a servicio alimentario de la población definiendo cual es la oferta más ajustada a la realidad individual y /o canalizando de manera permanente y eficaz, el servicio de jardines y primera infancia también se debería ajustar a los hogares; dentro de los actores intersectoriales también está el Jardín Botánico de Bogotá que a través de acompañamiento a las huertas urbanas que incentiva la creación de cultivos autosustentables y autosostenibles.

Es importante la articulación con los sectores institucionales, en promoción y canalización con las actividades realizadas, una estrategia podría ser que se canalicen a las huertas aquellos casos con problemas nutricionales buscando que de forma paliativa se dé respuesta al abastecimiento de algunos alimentos, claramente con un componente participativo de la familia. los tiempos de ejecución son mayores a un mes, tanto en formación como si se quisieran hacer acciones de huerta.

Basado en la problemática: *“Las condiciones socioeconómicas, el acceso a alimentos saludables, el género, la raza o etnia, son determinantes en los estilos y calidad de vida de la población. De igual manera, otro tipo de factores comportamentales como el uso y abuso de SPA y la falta de actividad física pueden estar relacionados a las dinámicas propias de la población de Bosa. Estas dan como resultado la ausencia de hábitos de vida saludables, los cuales afectan la salud provocando enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, entre otras”.*

Para esta situación problemática también se identificó dentro del plan decenal de Salud Pública el eje sobre Gestión Intersectorial de los determinantes sociales de la salud al reconocer el valor que los distintos sectores tienen al momento de lograr una mayor incidencia en salud y calidad de vida de la población mediante el desarrollo de actividades conjuntas que permitan transformaciones económicas, sociales, ambientales y culturales (84), el pilar de Gestión Integral del Riesgo en Salud del modelo MAS Bienestar plantea desarrollar acciones conjuntas que permitan la integración de distintos análisis y datos existentes para lograr una atención oportuna, el desarrollo de actividades de prevención y previsión de riesgos potenciales que permitan mejorar la calidad de vida de la población y la resolución de situaciones socialmente percibidas como problemáticas (85) en cuanto al núcleo

de inequidades y directamente relacionado con lo anteriormente mencionado se encuentran las: Inequidades poblacionales e Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes y pandemias Este núcleo considera que debido a las consecuencias que los riesgos ambientales, climáticos o químicos pueden tener en la salud de la población, y a la existencia simultánea de limitantes en los tiempos de atención servicios o infraestructura en salud, que se traducen en tiempos adicionales, altos índices ocupacionales, retrasos en la atención es importante mantener un nivel de gestión acorde de los incidentes relacionados a este núcleo y la capacidad de atención y respuesta ante estas situaciones (2). Se construyeron estas recomendaciones, presentadas a continuación:

Frente a la prevención y promoción en enfermedades no transmisibles en diferentes escenarios comunitarios y brindar herramientas en colegios y a padres y diversos espacios para implementación de hábitos de vida saludable desde todos los entornos, campañas educativas y de ejecución de actividades relacionadas con los hábitos de vida saludable: las recomendaciones sugeridas se enfocaron en abrir espacios comunitarios en prevención y atención a situaciones que coadyuvan o desmejoran la calidad de vida de las personas, en estos se deben abordar las situaciones problemáticas desde una pedagogía diferencial e inclusiva brindando herramientas pedagógicas que permitan implementar y evaluar la adquisición de hábitos saludables para la vida.

Basta resaltar que se han adelantado acciones en cuanto a la formación de hábitos saludables, aunque hay que reconocer como ya se ha explicado que son temas de largo aliento en los que se debe seguir trabajando para lograr una internalización de las situaciones problemáticas y sobre todo dejar capacidades instaladas en los territorios.

Distinguir temas culturales, de publicidad, industria y desarrollo de actividades que afectan lo que se consideran adecuados hábitos de vida saludable, creando estrategias de impacto que se puedan desarrollar de forma cotidiana en los diferentes cursos de vida ya que cada uno tiene unas visiones, vivencias y necesidades diferentes: ante esta recomendación, trabajar en los estereotipos sociales, los imaginarios y el comercio cobra relevancia, contemplando que las situaciones y necesidades son diversas y diferenciales. Permitiendo campañas ajustadas a la realidad con un lenguaje asertivo que pueden repercutir en impactos positivos en los hábitos de vida saludable los cursos de vida.

Ante las acciones articuladas a nivel intersectorial que además de la promoción y prevención, generen alternativas para mejorar los hábitos, donde la comunidad obtenga un mayor nivel de consciencia sobre la problemática y además encuentren alternativas que les facilite prevenir las problemáticas y contribuyan en su desarrollo y bienestar: La necesidad de la articulación y las acciones intra e intersectoriales, han cobrado importancia dado que se ha evidenciado que las problemáticas son multicausales y por tanto las atenciones pueden ser abordadas desde las misionalidades de entidades distintas. Campañas, jornadas, estrategias pedagógicas, herramientas para que la población internalice conceptos de hábitos saludables son indispensables.

Los espacios de intervención son variados y deben estar presentes en espacios de reuniones de personas para brindar la información en las que logren que las personas se sientan identificadas y con la necesidad de prevenir estas enfermedades a nivel personal, familiar y comunitario, en cada uno de estos encuentros se debe buscar que las personas comprendan los hábitos saludables como la actividad física, la alimentación balanceada, lo perjudicial del consumo de drogas o sustancias psicoactivas. cada uno de estos encuentros formativos que no debe ser mínimos a un mes trabajaran bajo enfoques poblacionales, territoriales, diferenciales, genero entre otros. Ya se llevan a cabo acciones articuladas que promueven los hábitos saludables pero estas deben fortalecerse.

Los actores fundamentales en la atención a esta situación problemática son la SDS a través de los diferentes entornos: Laboral, Educativo, Familiar entre otros; el IDRД a través de las jornadas de Actividad Física, aunque se aconseja elaborar unos planes de acondicionamiento físico para usuarios recurrentes y/o con condiciones de enfermedad No transmisibles; Manzana del Cuidado a través de la articulación de varias instituciones que promuevan la recreación y el deporte; Alcaldía Local y SDSCJ frente a la prevención de consumo de SPA quien a través de un enfoque de autocontrol, autocuidado y corresponsabilidad puede abordar la situación haciendo que las jóvenes y el general de personas comprendan este fenómeno como una afectación a la salud.

Basado en la problemática: *“La falta de control y educación ambiental de los residuos sólidos en la localidad, han contribuido a la acumulación de estos y la mala calidad del aire. Así mismo, las dinámicas sociales y laborales informales de la población local han incidido a que dicha problemática se concentre más en unas zonas que en otras. De esta manera se identifica la deficiente recolección y gestión de los desechos, especialmente en las UPZ 49, 84, 85, 86 y 87 por su cercanía a botaderos o lugares donde se arrojan de manera clandestina escombros. Lo anterior ha podido incidir en el aumento de atenciones por infecciones respiratorias como bronquitis, neumonía, entre otras, así como enfermedades dadas por vectores (ratas, cucarachas), los cuales repercuten en la salud de las personas que transitan y viven cerca a estas zonas”.*

El eje en el Plan decenal de salud pública es el de Gestión integral de la atención primaria en salud propone un enfoque en respuestas rápidas y oportunas en materia de promoción de salud, prevención, tratamientos, a partir de la coordinación de distintos servicios de salud, acciones intersectoriales y un diálogo con las personas, familias y comunidades, buscando garantizar la salud física, social, mental y el bienestar integral de las personas (84), frente al Modelo MAS Bienestar el pilar de Participación social transformadora, debido a que este pilar busca incidir en cambios de las situaciones estructurales y los determinantes sociales que afectan a las personas, buscando incidir en su realidad individual y colectiva, teniendo en cuenta que el cuidado de la salud parte no solo del reconocimiento de su propia situación y necesidades, sino las de la comunidad, sus vínculos, núcleos familiares y los diversos actores o sectores poblacionales con los cuales convive en su territorio (85), el núcleo vinculante es el de Inequidades de Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes y pandemias este núcleo considera que debido a las consecuencias que los riesgos ambientales, climáticos o químicos pueden tener en la salud de la población, y a la existencia simultánea de limitantes en los tiempos de atención servicios o infraestructura en salud, que se traducen en tiempos adicionales, altos índices ocupacionales, retrasos en la atención es importante mantener un nivel de gestión acorde de los incidentes relacionados a este núcleo y la capacidad de atención y respuesta ante estas situaciones (2), con base a esto se construyen unas recomendaciones, presentadas a continuación:

Frente al incremento de campañas de concienciación frente al manejo de residuos e implementación de estrategias para el manejo de basuras en colegios y comunidad con socialización de las líneas y rutas de atención de residuos: ante esta problemática, las personas aludieron que era necesario fortalecer el cuidado ambiental y en este caso el manejo de residuos, la cultura del cuidado debe ser implementada y articulada con problemáticas sociales, en aras de impactar a las comunidades. Dialogar sobre las consecuencias, reforzar conductas de recolección en los hogares, colegios y demás espacios propenderán por mejorar situaciones ambientales y dejar de normalizar acciones contrarias al cuidado ambiental.

Estímulos a personas que promuevan y realicen recolección y gestión de los recursos: es importante reconocer la labor de los recuperadores ambientales, por tal razón incentivar la creación de estímulos

ayuda a resolver problemáticas, pero a esto se une la formación a estas personas y la asociación que deben tener las mismas a organizaciones para permitir una identificación y así mismo realizar acciones concretas con la comunidad. Se ha notado que las personas sobre todo de bajos recursos han encontrado en el reciclaje una forma de ingreso, por lo mismo se hace necesario crear estrategias que promuevan el bienestar, el acceso y la solidaridad.

Ante las campañas en salud mental, involucrando a la comunidad en la recuperación de los espacios: esta recomendación está enfocada en la población recuperadora sustancialmente contemplando que el aumento del consumo de SPA está en incremento y cada vez más relacionado con las personas que se dedican a este oficio, la atención en salud mental hace parte de la integralidad en la prestación de los servicios y coadyuvaría a entender las dinámicas sociales de estos grupos poblacionales.

Ante la continuidad en reforzar la corresponsabilidad de la población frente al tema de residuos, aludiendo a cambios culturales, pero deben seguirse haciendo las acciones de promoción: la promoción en el cuidado ambiental es una tarea que compete a toda la ciudadanía. Promover espacios de formación y de réplica de acciones que favorezcan las acciones de convivencia con la naturaleza deben implementarse, es de resaltar que los cambios culturales se generan en el tiempo a través de la apropiación de conceptos e internalización de conductas así mismo la cultura ciudadana no puede quedar rezagada a campañas publicitaria sino debe ser reforzada con mensajes en los territorios que permitan entender, comprender y tomar acción en problemáticas ambientales, propendiendo por dejar capacidades instaladas y corresponsables en las comunidades.

Diferentes acciones se llevan actualmente, pero este es un ejercicio a largo a aliento que busque la internalización de conceptos referidos a la autorregulación, mutua regulación, corresponsabilidad y solidaridad, conceptos claves en la transformación cultural y cultura ciudadana, sin desestimar los esfuerzos sociales, institucionales, intersectoriales y comunitarios, solo que es una problemática por trabajar en profundidad.

Por último, ante el seguimiento de acciones con una frecuencia mayor, desde todos los sectores en cabeza de la alcaldía, interviniendo factores asociados a la problemática desde los sectores presentes en el territorio y que tienen incidencia, además del aumento de acciones resolutorias y de prevención. Implementación de alternativas y educación en temas de conciencia ambiental y tejido comunitario en pro de la solución: reconociendo que la problemática es multicausal, que intervienen determinantes, consecuencias y núcleo problémicos, se requiere la evaluación constante de las acciones implementadas en todas las áreas de trabajo, atendiendo problemáticas de las personas recuperadoras ambientales, carreteros, habitantes de calle, personas en consumo de SPA, personal de Aseo, comunidad en general entre otros impactando en la calidad de vida, planteando acciones resolutorias y de prevención, esto propendiendo por fortalecer el tejido social y comunitario.

es necesario estandarizar la presentación y uso de las canecas, para que las personas puedan separar de una forma más sencilla, internalizando los colores para la separación sin necesidad de detenerse a leer, por tanto no solo se debe promocionar estas acciones desde un enfoque de salud sino es necesario que se aborde desde la cultura ciudadana desmitificando que “toda la basura se mezcla en el carro de la basura”; buscar o propender por incentivos para aquellas personas que reciclan y separan en casa como los contenedores que están en algunos centros comerciales y brindan en los puntos de botellas recicladas, puntos o recargas, los incentivos también deben promoverse para las personas recuperadoras ambientales, en unas campañas de usuario a usuario motivando que el reciclaje se entregue directamente al recuperador, además deben crearse estrategias que incentiven

la inserción de los individuos a grupos ya organizados de recicladores que tengan carnet y puedan acceder a beneficios así mismo a controles distritales .

Se resalta la importancia de socializar de forma más incisiva la ruta de residuos y los puntos ecológicos para la recolección de residuos de gran tamaño, aunque esto ya se está realizando es importante fortalecer y así desincentivar el uso de los carreteros o de la informalidad para arrojar escombros en otras vías o mallas viales, todo lo anteriormente expuesto no se puede lograr solo con las acciones de las instituciones se requiere de la corresponsabilidad ciudadana frente a la gestión de los desechos.

se considera que al ser un tema nuevo en las agendas de las personas y las instituciones es necesario hacer seguimiento de las acciones para que estas no sean en un solo encuentro sino encuentros que permitan internalizar conceptos de autocuidado, corresponsabilidad y solidaridad con el ambiente, los actores que intervienen en la transformación de esta problemática son: UAES mediante las capacitaciones de separación en la fuente y uso efectivo de residuos; LIME como operador de aseo , a través de la recuperación de puntos Críticos y limpieza de espacios; SDS a través de la política pública de salud ambiental y los entorno cuidador comunitario y educativo; SDIS a través de la generación de respuestas integradoras para la inclusión social y productiva y la prevención de todas las formas de discriminación en Bogotá D.C.; DLE con la separación de residuos en los colegios ; SDCSJ a través del equipo de convivencia para la vida en el manejo de basuras, acciones de autocontrol, corresponsabilidad y solidaridad, y en lo comunitario las huertas urbanas las cuales usan los residuos orgánicos en el compostaje y enseñan a la comunidad a la separación en la fuente por último la secretaria de cultura, recreación y deporte en términos de cultura ciudadana.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Salud SDd. ASIS distrital 2023.. [Online]. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-bogota-2023.pdf>.
- 2 D.C. AMdB. Plan de Desarrollo Distrital 2024-2027 "Bogotá camina segura". [Online].; 2024 [cited 2025 marzo 20]. Available from: <https://sisjur.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=155699>.
- 3 Salud SDd. Documento Marco Más Bienestar. [Online]. [cited 2025 marzo 20]. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Home/Doc_estr_MAS_Bienestar.pdf.
- 4 Morales González FCJM. El método de Hanlon, herramienta metodológica para priorizar necesidades y problemas de salud. Una perspectiva operacional para el diagnóstico de salud. [Online]. [cited 2025 febrero 26]. Available from: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/72839>.
- 5 Social Sdl. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://www.integracionsocial.gov.co/>.
- 6 Distrital SJ. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=13935>.
- 7 Distrital SJ. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=119582>.
- 8 IDECA. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://mapas.bogota.gov.co/#>.
- 9 Occidente SS. Análisis de Condiciones, Calidad de vida, Salud y Enfermedad Localidad de Bosa. ; 2022.
- 1 Occidente SS. Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad Localidad 0 de Bosa. ; 2022.
- .
- 1 CEPAL. Enfoques, definiciones y estimaciones de pobreza y desigualdad en América Latina y el Caribe. [Online].; 2021 [cited 2024 Diciembre 07].
- .
- 1 Salud Sd. Comprension territorial Localidad Bosa. 2025 Mar 12..
- 2
- .

- 1 DANE DANDE. Estratificación socioeconómica para servicios públicos domiciliarios.
3 [Online]. [cited 2024 Diciembre 07. Available from:
. <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica>.
- 1 PNUD. LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD QUE
4 CONSIDERAN EL ENFOQUE DIFERENCIAL, DE GÉNERO Y NO DISCRIMINACIÓN
. PARA PERSONAS LGBTI. [Online].; 2019 [cited 2024 Diciembre 07. Available from:
<https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/LINEAMIENTOS%20EN%20ATENCIÓN%20LGBTI-VERSION%20DIGITAL.pdf>.
- 1 D.C. AMdB. [Online].; 2017 [cited 2024 Diciembre 07. Available from:
5 https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/encuesta_multiproposito_2017_-_principales_resultados_bogota_region.pdf.
- 1 Social Sdl. Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle. [Online].;
6 2015 [cited 2024 Diciembre 07. Available from:
. https://www.integracionsocial.gov.co/images/docs/2022/politicas_publicas/15052023-Politica_Publica_Distrital_de_Habitabilidad_en_Calle_PPDFHC.pdf.
- 1 DANE DANDE. Censo habitantes de la calle Bogotá. [Online].; 2017 [cited 2024
7 Diciembre 07. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-habitantes-de-la-calle-bogota>.
- 1 E.S.E. SldSdS. Análisis de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad de la Población
8 Habitante de Calle de Bogotá. Bogotá;; 2023.
.
- 1 Social Sdl. [Online]. [cited 2025 03 19. Available from:
9 <https://www.integracionsocial.gov.co/index.php/noticias/98-noticias-aduldez/1428-centros-de-atencion-habitante-de-calle>.
- 2 (ODVCA) ODDVDCA. BOLETÍN TRIMESTRAL DE VÍCTIMAS DEL CONFLICTO
0 ARMADO EN BOGOTÁ D.C. [Online].; 2024 [cited 2024 Diciembre 07. Available from:
. <https://observatorio.victimasbogota.gov.co/sites/default/files/documentos/BOLETIN%20TRIMESTRAL%20JULIO%20-%20SEPTIEMBRE.pdf>.
- 2 (ODVCA) ODDVDCA. BOLETÍN TRIMESTRAL DE VÍCTIMAS DEL CONFLICTO
1 ARMADO EN BOGOTÁ D.C. [Online].; 2024 [cited 2024 Diciembre 07. Available from:
. <https://observatorio.victimasbogota.gov.co/sites/default/files/documentos/Boletin%20Victimas%20Bogota%20corte%20enero%20a%20Marzo%202024.pdf>.
- 2 ANDI ANEDDC. LA INCLUSIÓN DE VÍCTIMAS Y DESMOVILIZADOS: UNA VENTAJA
2 COMPETITIVA PARA LAS EMPRESAS EN COLOMBIA. [Online].; 2019 [cited 2024
. Diciembre 07. Available from:
https://www.andi.com.co/Uploads/Paper%20Victimas%20y%20Desmovilizados%20Lectura_637068180406157918.pdf.
- 2 Salud SDd. Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad diferencial de
3 los pueblos indígenas en Bogotá. [Online].; 2023 [cited 2024 Diciembre 07. Available
. from: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/etnias/Pueblos_indigenas_bta.pdf.

- 2 Salud SDd. Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad Población
4 Indígena Cabildo Muisca de Bosa. [Online].; 2020 [cited 2024 Diciembre 07. Available
. from: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/etnias/ASIS_Muisca_Bosa.pdf.
- 2 Historia Muisca. [Online].; 2020 [cited 2024 Diciembre 07. Available from:
5 https://eruditus.sfo2.digitaloceanspaces.com/cabildo-muisca-bosa/Historia_Muisca.pdf.
- .
- 2 Alcaldía Mayor de Bogotá SD. Medicina Tradicional y Partería de la Comunidad Muisca
6 de Bosa. Bogotá. 2023..
- .
- 2 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.; Secretaría Distrital de
7 Salud. Asis Diferencial Comunidades Negras y Afrocolombianas. 2020-2021. Documento
. de Asis Direrencial.
- 2 Salud SDd. Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad (ACCVSyE) de
8 las comunidades negras afrocolombianas residentes en Bogotá D.C. [Online].; 2024
. [cited 2024 Diciembre 07. Available from:
https://www.saludcapital.gov.co/Documents/etnias/Com_negras_afrocol_Bta.pdf.
- 2 (OCS) EOdCS. INFORME DE MIGRACIÓN EN BOGOTÁ. ; 2022.
9
- .
- 3 BOSA ALD. La migración, una problemática que nos interesa a todos. [Online]. [cited
0 2024 Diciembre 07. Available from: <http://www.bosa.gov.co/milocalidad/la-migracion-problematica-nos-interesa-todos>.
- 3 Planeación Sd. Caracterización de la población migrante en Bogotá. [Online].; 2024 [cited
1 2024 Diciembre 07. Available from:
. https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/migrantes_1.pdf.
- 3 Occidente SS. Portafolio de Servicios. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07. Available from:
2 <https://subredsuoccidente.gov.co/entidad-2-2/portafolio-de-servicios/>.
- .
- 3 OMS OMdIS. [Online]. [cited 2024 Diciembre 29. Available from:
3 <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
- .
- 3 salud OPdl. Determinantes sociales de la salud. Tomado de:
4 <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>; (2023).
- .
- 3 Sen. A. Desarrollo y libertad. Ed Planeta, Argentina pp. 1-220 tomado de: chrome-
5 extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://indigenasdelperu.wordpress.com/
. wp-content/uploads/2015/09/desarrollo_y_libertad_-_amartya_sen.pdf; (2000).
- 3 Zunzunegui. ÁOPYMV. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención
6 sanitaria. UNAM. México pp. 1-20; (2022).
- .
- 3 Secretaría de Desarrollo Económico. Observatorio del Desarrollo Económico. El mercado
7 laboral en 19 localidades de Bogotá. [Online].; 2022 [cited 2024 Noviembre 22. Available
. from:

- https://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/sites/default/files/files_articles/ne_mercab_final.pdf.
- 3 Salud SDd. SaluData/pobrezaenBogota. [Online]. [cited 2025 marzo 20. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/pobreza-y-desigualdad-en-bogota-d-c/>].
- 3 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ DCSDDP. La Estratificación Socioeconómica de Bogotá D.C. como instrumento de focalización y su relación con otros instrumentos de política pública. [Online]. [cited 2025 marzo 20. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/la_estratificacion_socioeconomica_de_bogota_d.c.pdf].
- 4 Secretaría de Planeación Distrital. Encuesta Multipropósito de Bogotá y la región - Visor. 2021 [Online].; 2021 [cited 2024. Available from: <https://experience.arcgis.com/experience/dfa5a8a94d9547d1a4336e6975a13c0d/page/Inicio/?draft=true&views=4.-Localidad-urbano%2CUrbano-y-rural>].
- 4 Secretaria de Educación. Boletines Estadísticos por localidad. [Online].; 2022 [cited 2024. Available from: https://www.educacionbogota.edu.co/portal_institucional/node/4255].
- 4 Salud. OMD. Género y Salud. Tomado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>); (2018).
- 4 E.S.E. SIdSdSN. Documento de población mujeres trans. Bogotá, Colombia. Pp. 1-43 ; 3 (2021)..
- 4 Mies Vargas C. El género como determinante social de la salud y su impacto en el desarrollo sostenible. UNIVERSITAS. Revista De Filosofía, Derecho Y Política, pp. 33-47. Tomado de: <https://doi.org/10.20318/universitas.2023.7412>); (2022)..
- 4 Humanos CIdD. Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. [Online].; 2020 [cited 2023 Agosto 15. Available from: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PersonasTransDESCA-es.pdf>].
- 4 Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá - Saludata. 2024. 6 Determinantes en Salud.
- 4 Daniela Muñoz Amaya MSM. Análisis de Derechos Humanos de las personas LGBTI que realizan actividades Sexuales Pagadas. Bogotá, Colombia. Secretaría Distrital de Planeación Serie Documentos de Trabajo N°19 de 2024. Pp. 1-26; (2024).
- 4 Mujer SDdl. [Online].; 2022 [cited 2025 Enero 15. Available from: https://omeg.sdmujer.gov.co/phocadownload/2023/01%20Informe_Caracterizacion_AS_P.pdf].
- 4 Laboral EC. Informe final Entorno Cuidador Laboral. ; 2024.

- 5 E.S.E. SIdSdSN. Análisis de violencias de género en la prestación de servicios de salud. 0 Bogotá, Colombia. Pp. 1-90 ; (2023).
- .
- 5 Mujeres O. Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. [Online].; 2020 [cited 2023 1 Agosto 15. Available from: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence#:~:text=Tiene%20su%20origen%20en%20la,a%20m%C3%BAltiples%20formas%20de%20violencia.>
- 5 Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Violencias de Género. 2 [Online].; 2018 [cited 2023 Mayo 16. Available from: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onviolenciasgenero/Paginas/home.aspx>.
- 5 Salud SIdSd. ANÁLISIS DE VIOLENCIAS DE GÉNERO EN LA PRESTACIÓN Y EN EL 3 AMBITO LABORAL DE LOS DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED PÚBLICA DEL . DISTRITO CAPITAL. ; 2023.
- 5 Liced Marcela Morán Garreta EMPGVHVMCLDMCVG. Abuso sexual en mujeres de 10 4 a 13 años en el valle del Cauca, Colombia. [Online].; 2017 [cited 2023 Enero 10. Available from: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1913/2181>.
- 5 AESTHESIS PM. Violencia de Género: Qué es y Por Qué Existe. [Online].; 2020 [cited 5 2025 Enero 21. Available from: <https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/violencia-genero-existe/>.
- 5 Subsistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y 6 violencia sexual – SIVIM-. Violencia intrafamiliar y de género en Bogotá D.C. 2013-2023. . Observatorio de Salud - Saludata.
- 5 Fernando Alex Cortés Telloa DSJDAAMDLM. El Territorio como Determinante Social 7 de la Salud: Algunas Estrategias para su Abordaje. Santiago de Chile Universidad Central . de Chile. ; (2021).
- 5 Secretaría Distrital de Salud. Servicios de Salud y Aseguramiento - Estadísticas. 8 [Online].; 2024 [cited 2024 Diciembre 28. Available from: https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Documents/Derecho_fundamental_salud.pdf.
- 5 Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. [Online].; 2024 9 [cited 2024 Diciembre 28. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>.
- .
- 6 UNICEF. [Online].; 2024 [cited 2025 Enero 21. Available from: 0 <https://www.unicef.es/blog/vacunacion/importancia-vacunas-en-el-desarrollo#:~:text=Las%20vacunas%20son%20fundamentales%20para,reduciendo%20la%20probabilidad%20de%20epidemias.>
- 6 Observatorio Distrital de Salud - Secretaría Distrital de Salud. Coberturas de vacunación 1 en Bogotá. Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-. [Online].; 2013 – 2024 I . semestre [cited 2024. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/cobertura-vacunacion/>.

- 6 Salud SIdSd. Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de las 2 personas en situación de habitanza en calle de Bogotá. ; 2024.
- .
- 6 Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Social para Habitantes de la Calle 3 2021-2031 Bogotá: MSPS; 2021.
- .
- 6 Secretaría Distrital de Integración Social - Secretaría Distrital de Planeación. VIII Censo 4 de Ciudadanos Habitantes de Calle de Bogotá. 2024..
- .
- 6 Social Sdl. Georreferenciación 2021 Análisis de las dinámicas territoriales de las 5 personas habitantes de calle en Bogotá: parches, cambuches, flotantes y personas en riesgo de habitar calle por pobreza extrema. [Online].; 2021 [cited 2025 02 15. Available from:
https://www.integracionsocial.gov.co/images/docs/2022/politicas_publicas/15052023-Georreferenciacion-2021.pdf.
- 6 Planeación SDd. [Online].; 2024 [cited 2025 Enero 21. Available from:
https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/boletin_poblacion_migrante.pdf.
- .
- 6 Secretaría de Planeación Distrital. Caracterización de la población migrante en Bogotá. 7 2017 - 2021..
- .
- 6 Salud SIdSd. ANÁLISIS TEMÁTICO PARA LA GENERACIÓN DEL DOCUMENTO 8 BOGOTÁ, RURAL y METROPOLITANA. ; 2023.
- .
- 6 Subred Sur Occidente. Análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad 9 - Cabildo Indígena Muisca. Bogotá;; 2020.
- .
- 7 Salud SDd. [Online].; 2024 [cited 2025 Febrero 14. Available from:
https://www.saludcapital.gov.co/Documents/etnias/Com_negras_afrocol_Bta.pdf.
- .
- 7 Norte SIdSdS. [Online].; 2024 [cited 2025 Febrero 19. Available from:
https://www.saludcapital.gov.co/Documents/etnias/Analisis_pob_Raiza_Bta.pdf.
- .
- 7 E.S.E. SSO. [Online].; 2020 [cited 2025 Febrero 19. Available from:
https://www.saludcapital.gov.co/Documents/etnias/ASIS_Muisca_Bosa.pdf.
- .
- 7 E.S.E. SSO. Secretaría Distrital de Salud. [Online].; 2020 [cited 2025 Febrero 24. 3 Available from:
https://www.saludcapital.gov.co/Documents/etnias/ASIS_Muisca_Bosa.pdf.
- 7 Secretaría Distrital de Salud - SDS. Calsificación 667_Rips CIE10. 2023 - junio 2024. 4 Archivo excel por localidad.
- .

- 7 Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica Vigilancia Epidemiológica Basada en 5 Comunidad -VEBC-. 2024..
- .
- 7 Alcaldía Mayor de Bogotá D C. Plan Territorial de Salud Bogotá D,C., 2024-2028 "Bogotá 6 camina segura". Plan. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D,C., Secretaria Distrital de . Salud; 2024.
- 7 proteccion MdSyPS. Guía para la construcción de ASIS MSPS. [Online].; 2023. Available 7 from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/List/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/guia-conceptual-construcion-asis-territorios.pdf>.
- 7 Alcaldía Mayor de Bogotá D C. Plan Territorial de Salud Bogotá D,C., 2024-2027 "Bogotá 8 camina segura". Plan. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D,C., Secretaria Distrital de . Salud; 2024.
- 7 Competitividad CPd. [Online].; 2020 [cited 2025 Febrero 27. Available from: 9 https://compite.com.co/blog_cpc/algunos-desafios-del-sistema-de-salud-en-colombia/.
- .
- 8 Segura MCP. Enfoques convencionales sobre la implementacin de polticas publicas: 0 potencialidades, limitaciones y silencios. Mundos Plurales. 2023 Feb 2; 10(1).
- .
- 8 pueblo Dd. Política Institucional de Participación Ciudadana, y Lineamientos Generales 1 para su implementación. [Online]. [cited 2024 Diciembre 01. Available from: . <https://www.defensoria.gov.co/documents/20123/1259041/Politica-participacion-ciudadana2022.pdf/75108ff0-3399-7f2c-114e-f865b8b55f2c?t=1698686591892>.
- 8 Salud Sdd. Informe Sur Occidente 28_02_2025 atlas ti.doc. conclusiones Atlas Ti- Salus 2 Sexual y Reproductiva. ; 2025.
- .
- 8 Jiménez FMGyMC. El método de Hanlon, herramienta metodológica para priorizar 3 necesidades y problemas de salud. Una perspectiva operacional para el diagnóstico de . salud. 2018; 21.
- 8 Salud Md. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022 - 2031. [Online]. [cited 4 2024 Diciembre 01. Available from: . <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>.
- 8 Salud SDd. Modelo de salud de Bogotá, Más Bienestar, Documento Estratégico. 5 [Online].; 2024 [cited 2025 marzo 20. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Home/Doc_estr_MAS_Bienestar.pdf.
- 8 Alcaldía Mayor de Bogotá D C. Plan Territorial de Salud Bogotá D,C., 2024-2027 "Bogotá 6 camina segura". Plan. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D,C., Secretaria Distrital de . Salud; 2024.
- 8 Climático IDdGdRyC. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07. Available from: 7 <https://www.idiger.gov.co/>.
- .

8 Salud Sd. Analisis de violencias Basadas en género Subred Sur Occidente. Bogotá;; 8 2023.

.
8 Mies Vargas C. El género como determinante social de la salud y su impacto en el 9 desarrollo sostenible. <https://doi.org/10.20318/universitas.2023.7412> Td, editor.: . UNIVERSITAS. Revista De Filosofía, Derecho Y Política, pp. 33-47.; 2022.

ANEXOS

Anexo 1. Indicadores de dimensiones socioeconómica, de género y territorial, localidad Bosa, 2021 - 2024

Dimensión	Categoría	Determinantes Intermedios de la salud	Bogotá	Bosa	Año del dato	Fuente	
Socioeconómica	Acceso a los servicios públicos	Cobertura de servicios de electricidad (Urbano)	99,9	100	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Cobertura de acueducto (Urbano)	99,8	99,9	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Cobertura de alcantarillado (Urbano)	99,5	99,2	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Cobertura de gas natural	95,3	98,8	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Cobertura de recolección de basuras	99,7	99,6	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
	Ocupación - Fuerza de trabajo	Población en edad de trabajar (PET)	81,5	78,1	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Fuerza laboral (FL)	51,9	47,1	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Tasa de desempleo (TD)	13,2	18,5	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Tasa de ocupación (TO)	55,3	49,2	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
	Estrato socioeconómico	Tasa global de participación (TGP)	63,7	60,3	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Estrato 1	9,3	11,6	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Estrato 2	41,1	86,5	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Estrato 3	33,8	1,9	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Estrato 4	10,2	0,0	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Estrato 5	3,4	0,0	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Estrato 6	2,1	0,0	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
	Suficiencia de Ingresos del hogar	Sin estrato	0,2	0,0	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Se considera pobre, según el jefe de hogar	26,5	42,0	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		1. No alcanzan para cubrir los gastos mínimos	23,6	39,3	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		2. Sólo alcanzan para cubrir los gastos mínimos	54,8	54,1	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
	Educación	3. Cubren más que los gastos mínimos	21,5	6,7	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Porcentaje de hogares con analfabetismo	2,04	2,5	2021	Encuesta Multi Propósito 2021	
		Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria	97,5	104,4	2022	Boletín caracterización sector educativo 2022	
		Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundaria	107,3	110,3	2022	Boletín caracterización sector educativo 2022	
		Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media	97,0	95,3	2022	Boletín caracterización sector educativo 2022	
		Salud mental	Prevalencia de consumo actual de cualquier sustancia ilícita	4,5	2,1	2022	Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. informe final 2022
			Prevalencia de fumadores actuales	15,6	14,5	2022	Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. informe final 2022
			Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar *	578,1	797,5	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
		Seguridad Alimentaria y Nutricional	Proporción de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses	82,6	87,7	2023 p	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
			Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	16,1	16,1	2023 p	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
	Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años		6,3	6,2	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData	
	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años		14,9	15,5	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData	
	Prevalencia de obesidad en población de 18 a 64 años		57,2	57,9	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData	
Género	Violencias Basadas en Género	Tasa de incidencia de violencia contra la mujer *	405,2	565,4	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData	
	Territorial	Sistema Sanitario	Cobertura de afiliación al SGSSS	100,3	100,5	2024	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
Coberturas administrativas de vacunación con pentavalente en menores de 1 año			87,3	106,8	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData	
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en niños de 1 año			87,6	109,0	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData	
Coberturas administrativas de vacunación refuerzo de triple viral menores de 5 años			83,0	75,0	2022	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData	
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal			89,7	90,0	2023	Base NV Entregada por SDS	
Cobertura de parto institucional			99,9	99,8	2023	Base NV Entregada por SDS	
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado			99,7	99,6	2023	Base NV Entregada por SDS	

* Tasa calculada por 100.000 habitantes

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

Año	Pentavalente	Triple viral menor a 1 año	Triple viral (Refuerzo)	2° Refuerzo DPT
2013	113,3	102,4	115,0	NA
2014	98,7	100,3	78,0	NA
2015	96,0	102,4	92,0	NA
2016	93,6	97,3	99,0	NA
2017	91,5	89,4	100,0	NA
2018	92,6	103,8	102,0	NA
2019	90,1	94,7	95,0	NA
2020	71,6	86,1	96,0	NA
2021	70,5	76,4	88,0	NA
2022	60,7	63,6	75,0	NA
2023	106,8	109	NA	91,0
2024 I SEMpp	96,0	113,9	NA	69,0

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

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

Enfermedades transmisibles	Hombres					Mujeres					Total				
	2019 Tasa	2020 Tasa	2021 Tasa	2022 Tasa	2023 Tasa	2019 Tasa	2020 Tasa	2021 Tasa	2022 Tasa	2023 Tasa	2019 Tasa	2020 Tasa	2021 Tasa	2022 Tasa	2023 Tasa
1.01 Enfermedades infecciosas intestinales	0,6	0,6	0,6	1,1	1,4	0,8	0,3	0,5	1,3	1,3	0,7	0,4	0,6	1,2	1,4
1.02 Tuberculosis	2,1	1,2	0,6	0,9	2,0	0,3	0,8	1,1	0,5	1,3	1,1	1,0	0,8	0,7	1,6
1.03 Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,3	0,6	0,6	0,0	0,6	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,3	0,0	0,3
1.04 Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,0	0,6	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1
1.05 Meningitis	0,9	0,0	0,3	0,0	0,0	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,7	0,1	0,3	0,1	0,1
1.06 Septicemia, excepto neonatal	0,6	0,3	0,9	0,0	0,0	0,5	0,0	0,8	0,3	0,5	0,6	0,1	0,8	0,1	0,3
1.07 Enfermedad por VIH (SIDA)	7,4	5,2	7,4	5,7	5,1	0,5	0,5	0,8	1,1	1,6	3,8	2,8	4,0	3,3	3,3
1.08 Infecciones respiratorias agudas	10,9	14,8	19,0	12,6	10,8	11,4	7,8	14,0	10,1	6,6	11,2	11,1	16,5	11,3	8,6
1.09 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,3	136,8	242,9	20,3	2,6	1,4	70,1	144,4	17,0	2,6	0,8	102,1	192,4	18,6	2,6

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

Neoplasias	Hombres					Mujeres					Total				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa
2.01 Tumor maligno del estómago	13,2	12,5	12,2	12,9	12,2	7,6	5,9	10,2	8,0	5,8	10,3	9,1	11,2	10,3	8,9
2.02 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea	8,5	4,9	3,4	6,9	4,6	6,3	4,0	4,3	5,6	7,1	7,4	4,5	3,9	6,2	5,9
2.03 Tumor maligno De los organos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	10,3	11,3	9,4	11,7	12,2	9,0	11,0	14,3	8,0	13,7	9,6	11,1	11,9	9,8	13,0
2.04 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	3,5	5,8	6,8	4,3	8,5	3,8	3,0	4,9	6,4	3,7	3,7	4,3	5,8	5,4	6,0
2.05 Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	1,2	0,9	0,9	1,4	0,6	0,3	0,5	1,3	0,8	1,1	0,7	0,7	1,1	1,1	0,8
2.06 Tumor maligno de la mama de la mujer	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	12,0	11,0	10,0	9,8	7,4	6,2	5,7	5,1	5,2	3,8
2.07 Tumor maligno del cuello del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,9	6,2	5,9	6,1	6,3	4,1	3,2	3,0	3,2	3,3
2.08 Tumor maligno del cuerpo del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	3,0	2,2	0,5	2,6	0,1	1,5	1,1	0,3	1,4
2.09 Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	1,3	1,3	1,1	0,3	2,1	0,7	0,7	0,6	0,1
2.10 Tumor maligno de la próstata	10,0	5,2	10,5	8,0	9,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	2,5	5,1	3,9	4,5
2.11 Tumor maligno de otros organos genitourinarios	4,4	51,3	3,4	5,2	3,4	0,8	65,2	5,9	6,9	5,8	2,5	58,5	4,7	6,1	4,7
2.12 Leucemia	3,8	4,3	3,7	2,9	2,3	1,9	3,5	3,8	1,9	3,2	2,8	3,9	3,7	2,3	2,7
2.13 Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	3,5	3,2	4,8	3,7	5,7	4,6	3,0	4,0	4,5	6,1	4,1	3,1	4,4	4,1	5,9
2.14 Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	11,5	15,1	10,8	10,3	15,7	13,3	9,7	9,2	10,3	8,7	12,4	12,3	10,0	10,3	12,1
2.15 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	4,7	4,9	4,5	8,9	5,1	4,9	6,4	4,6	5,6	4,8	4,8	5,7	4,6	7,2	4,9

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

Enfermedades sistema circulatorio	Hombres					Mujeres					Total				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa
3.01 Fiebre reumática aguda y enfermedades cardiacas reumáticas crónicas	1,2	0,0	0,0	0,3	0,3	0,8	0,3	0,0	0,0	0,0	1,0	0,1	0,0	0,1	0,1
3.02 Enfermedades hipertensivas	7,4	8,4	9,7	10,3	7,7	7,1	9,7	9,4	10,1	9,5	7,2	9,1	9,5	10,2	8,6
3.03 Enfermedades isquemicas del corazón	55,3	57,9	82,4	73,5	73,2	38,7	34,9	70,6	64,2	56,3	46,7	46,0	76,3	68,7	64,4
3.04 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	8,8	6,1	8,8	9,2	10,0	8,4	7,8	11,3	12,2	6,6	8,6	7,0	10,1	10,7	8,2
3.06 Insuficiencia cardiaca	1,8	0,6	0,9	2,3	2,0	3,5	1,1	1,1	1,3	2,1	2,7	0,8	1,0	1,8	2,1
3.07 Enfermedades cerebrovasculares	24,1	16,2	16,8	17,5	21,6	22,6	15,3	21,6	22,8	19,8	23,3	15,7	19,2	20,2	20,7
3.08 Arteriosclerosis	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0
3.09 Las demás enfermedades del sistema circulatorio	7,1	5,2	6,3	7,4	8,3	5,7	3,5	7,3	6,4	4,0	6,4	4,3	6,8	6,9	6,0

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

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

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

Causas externas	Hombres					Mujeres					Total				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa
5.01 Accidentes de transporte terrestre	16,8	12,2	17,6	16,3	21,9	4,1	2,1	3,5	5,8	5,3	10,2	7,0	10,4	10,9	13,3
5.02 Los demás accidentes de transporte y los no especificados	1,8	0,9	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,4	0,1	0,0	0,0
5.03 Caídas	2,4	3,8	4,8	4,6	4,0	0,8	1,1	2,4	1,9	0,5	1,6	2,4	3,6	3,2	2,2
5.05 Ahogamiento y sumersión accidentales	1,5	0,0	1,1	1,1	0,6	0,3	1,1	0,0	0,3	0,0	0,8	0,6	0,6	0,7	0,3
5.06 Accidentes que obstruyen la respiración	0,0	1,2	0,0	0,6	0,6	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0	0,1	0,7	0,1	0,3	0,3
5.07 Exposición a la corriente eléctrica	0,3	0,9	0,6	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,4	0,3	0,1	0,4
5.08 Exposición al humo, fuego y llamas	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3
5.09 Envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas	0,6	0,6	0,9	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	0,4	0,0	0,5
5.10 Los demás accidentes	1,2	1,2	1,4	2,0	1,4	1,9	0,8	1,9	1,1	0,8	1,6	1,0	1,7	1,5	1,1
5.11 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	7,6	8,4	9,4	7,7	7,1	1,9	3,0	3,2	2,7	3,2	4,7	5,6	6,2	5,1	5,1
5.12 Agresiones (homicidios)	31,2	24,6	30,7	26,3	29,0	2,2	2,4	2,2	3,2	2,1	16,1	13,1	16,0	14,3	15,1
5.13 Eventos de intención no determinada	3,8	4,3	4,3	6,6	5,7	1,4	1,1	1,9	0,8	2,4	2,5	2,6	3,0	3,6	4,0
5.14 Las demás causas externas	0,6	0,6	0,9	0,9	0,6	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3

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

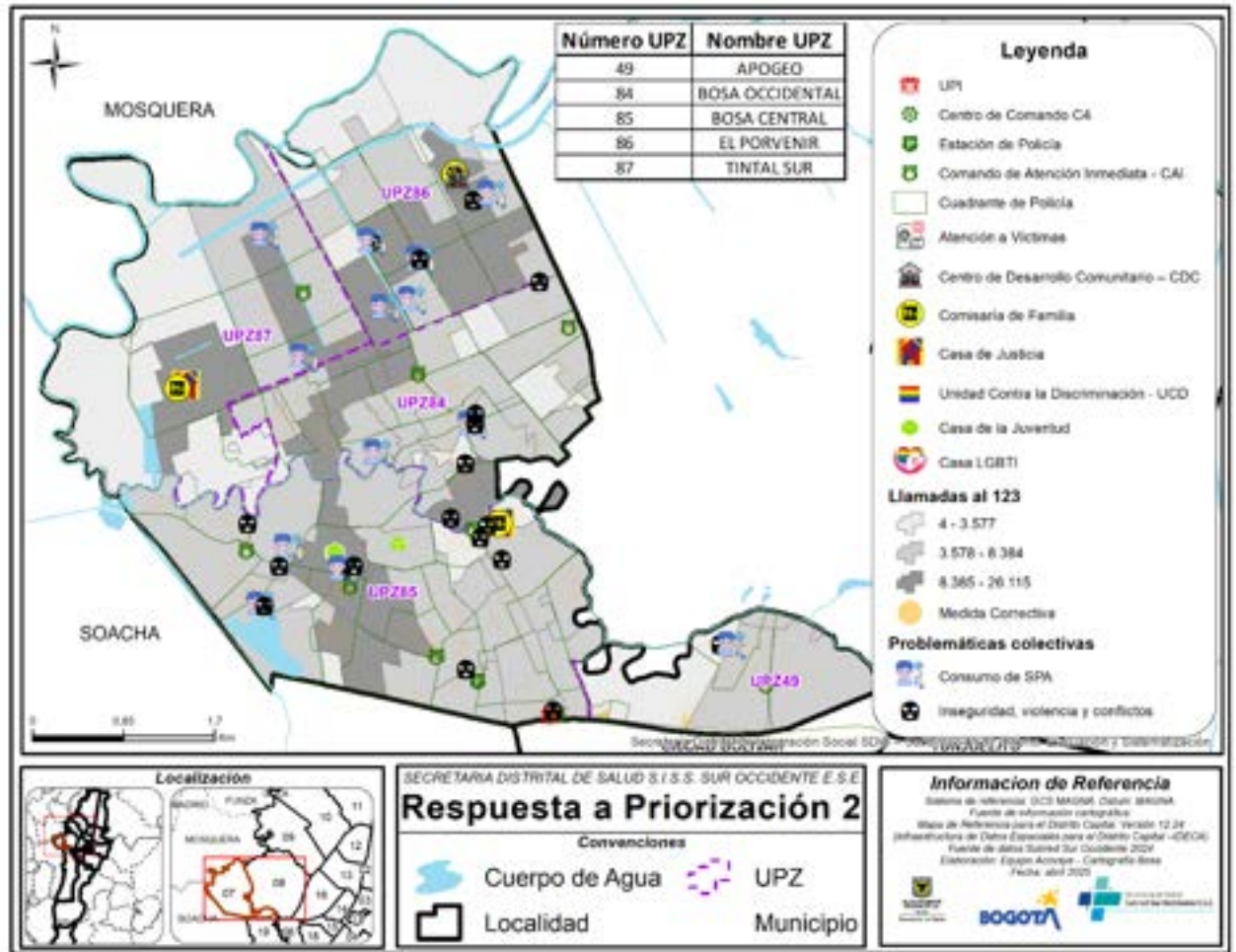
Las demás causas	Hombres					Mujeres					Total				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa
6.01 Diabetes mellitus	16,2	9,9	9,4	12,0	9,7	9,8	9,1	12,4	8,0	5,8	12,9	9,5	10,9	9,9	7,7
6.02 Deficiencias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

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

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

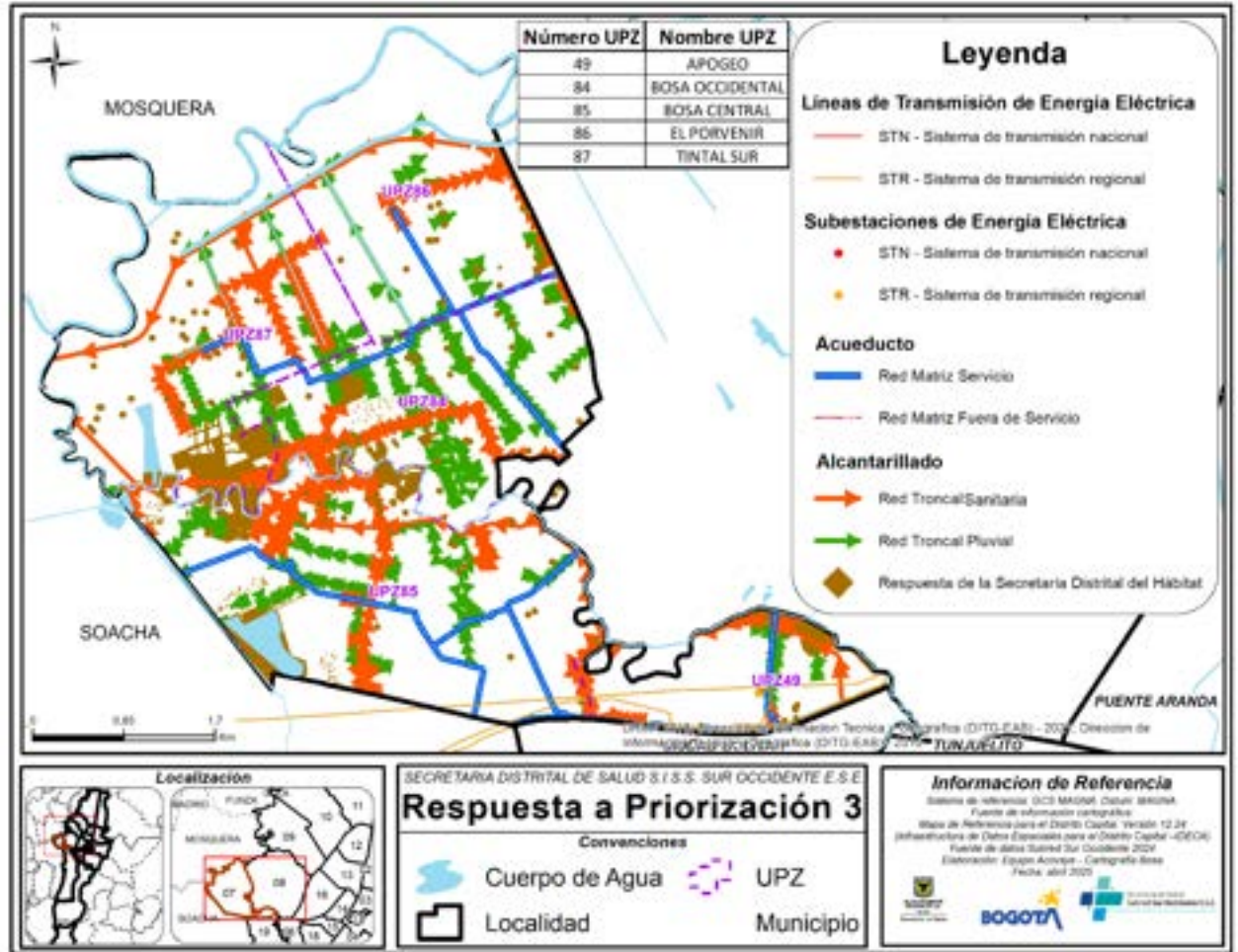
Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

Anexo 4. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la Priorización 2 de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2020 a 2024*



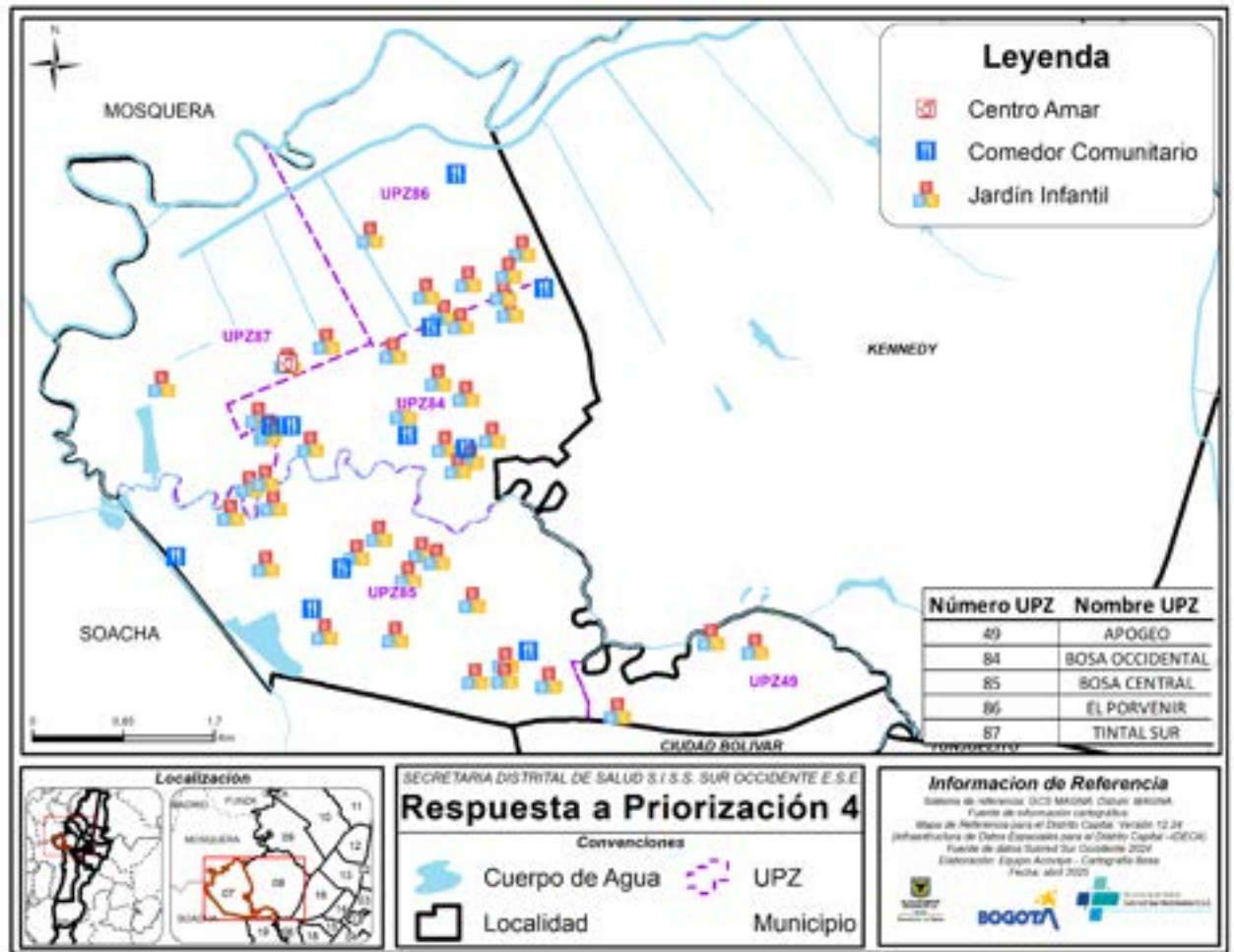
Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024 - Base problemáticas colectivas VEBC - SDS, 2023 a 2024*. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.
 *primer semestre 2024 (parcial y preliminar)

Anexo 5. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la Priorización 3 de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2020 a 2024



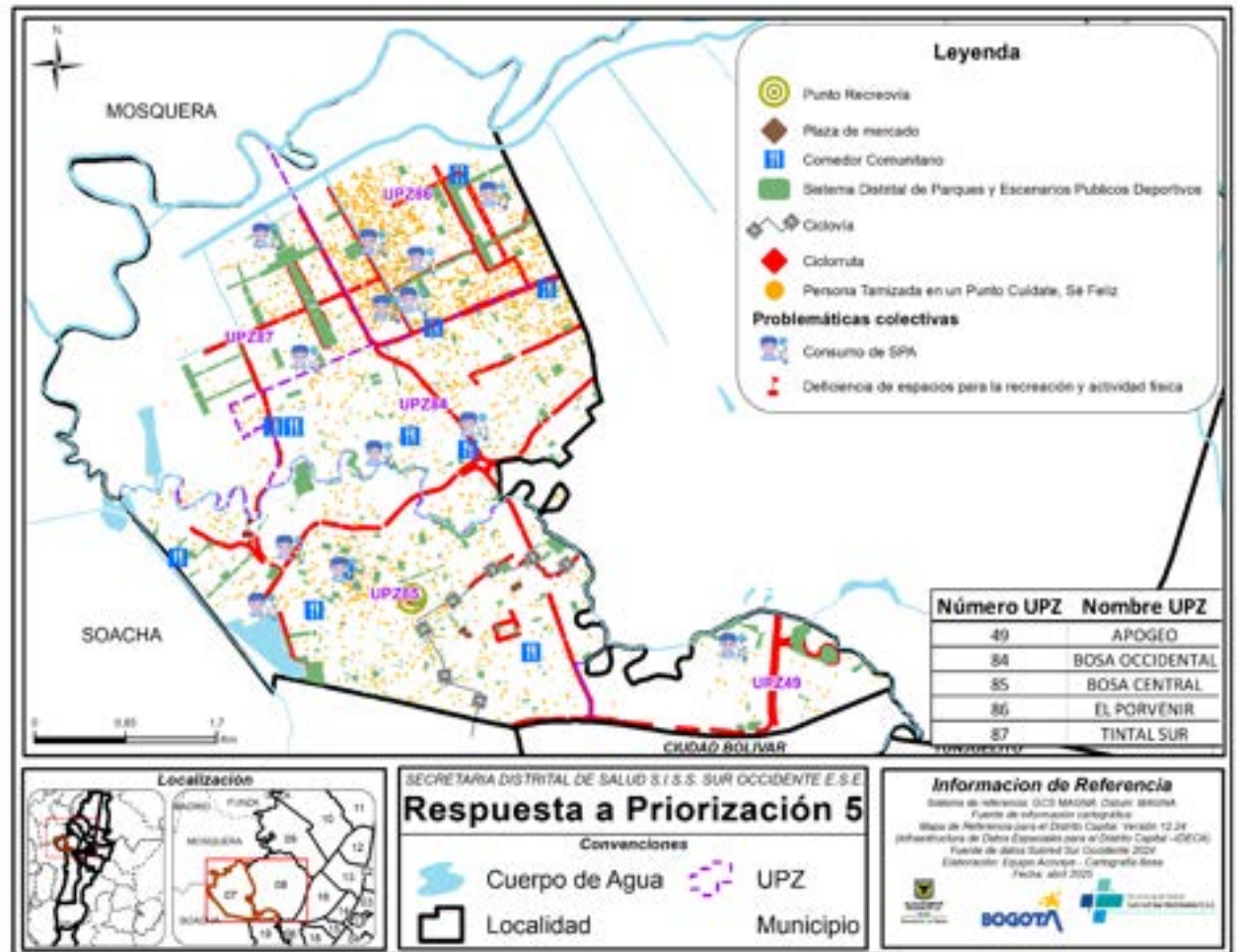
Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Elaboración equipo ACCVsyE Subred Sur Occidente.

Anexo 6. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la Priorización 4 de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2020 a 2024



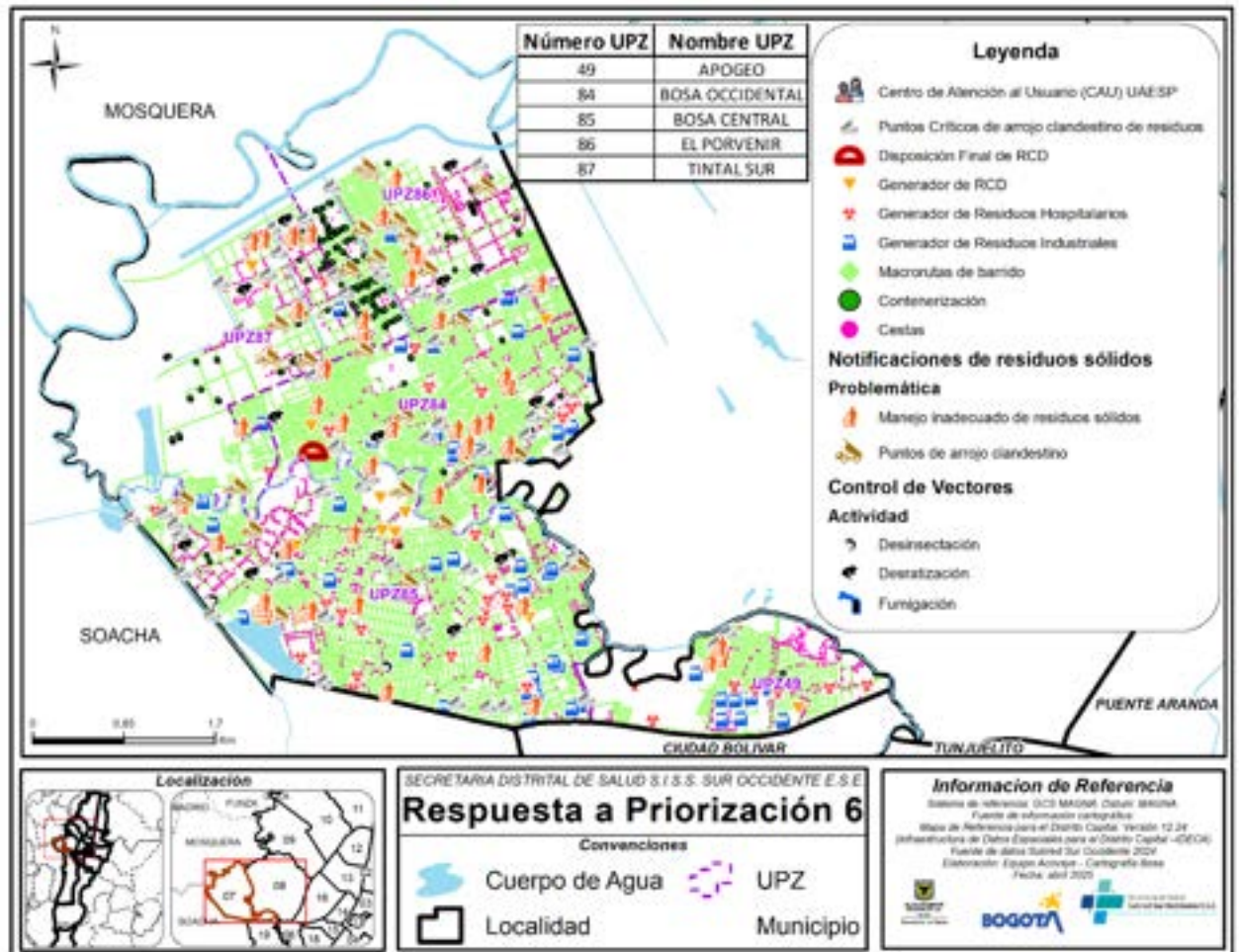
Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Elaboración equipo ACCVsyE Subred Sur Occidente.

Anexo 7. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la Priorización 5 de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2020 a 2024*



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024 - Base problemáticas colectivas VEBC - SDS, 2023 a 2024*. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.
 *primer semestre 2024 (parcial y preliminar)

Anexo 8. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la Priorización 6 de la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente, 2020 a 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024 - Base problemáticas colectivas VEBC - SDS, 2023 a 2024*. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.
 *primer semestre 2024 (parcial y preliminar)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD

