



Diagnóstico

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

8 Localidad Kennedy



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
Comutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2025

Lista de abreviaturas

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

m.s.n.m.	metros sobre el nivel del mar
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NARP	Negro, Afrocolombiano, Raizal o Palenquero
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OCE	Oficina para la convivencia Escolar
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORFA	Organización de la comunidad Raizal con residencia Fuera del Archipiélago
OSIEGCS	Orientación Sexual, Identidad, Expresión de Género y Características Sexuales
PDD	Plan de Desarrollo Distrital
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PEA	Población Económicamente Activa
PEE	Población en Edad Escolar
PET	Población en Edad de Trabajar
pH	potencial de hidrógeno
PH	Propiedad Horizontal
PIB	Producto Interno Bruto
PM_{2,5}	Material Particulado menor a 2,5 micras
PM₁₀	Material Particulado menor a 10 micras
POT	Plan de Ordenamiento Territorial
PQRS	Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias
PSHC	Población en Situación de Habitanza en Calle
PTS	Plan Territorial de Salud
REVCOM	Red de Vigilancia Comunitaria
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios
RUV	Registro Único de Víctimas
SCRD	Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte
SDG	Secretaría Distrital de Gobierno
SED	Secretaría de Educación del Distrito
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
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

Introducción	9
Objetivos.....	12
Metodología	12
CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	16
1.1. Contexto político administrativo.....	16
1.2. Condiciones ecológico – ambientales	17
1.3. Condiciones socio económicas.....	25
1.4. Estructuración poblacional y demográfica.....	27
1.5. Acceso a servicios y bienes.....	37
CAPÍTULO II. CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES.....	40
2.1. Dimensión socio económica.....	41
2.2. Dimensión de género	49
2.3. Dimensión territorial	54
2.4. Dimensión poblacional diferencial	58
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.....	65
3.1. Morbilidad General	65
3.2. Mortalidad General	73
3.3. Eventos trazadores en salud pública.....	83
3.4. Problemáticas y necesidades sociales y ambientales	86
3.5 Núcleos de inequidad socio sanitaria a nivel local.....	88
3.5.1 Núcleo de Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud.....	89
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	90
3.5.3 Núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud	91

3.5.4 Núcleo de insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y remergentes, y pandemias.....	91
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMATICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO	93
4.1 Núcleo de Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud	93
4.2 Núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población	95
4.3 Núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud	100
Gobernabilidad.....	101
Gobernanza	102
Participación ciudadana	103
4.4 Núcleo de insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y remergentes, y pandemias.....	104
4.5 Reflexiones Finales	106
CAPITULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO	106
5.1 Desarrollo Método Hanlon Subred Suroccidente	107
5.2 Resultados Ejercicio de Priorización de problemas y necesidades sociales de la salud en la localidad de Kennedy.....	108
5.3 Reflexiones Finales	113
CAPITULO VI: PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022- 2031, PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL, PLAN TERRITORIAL DE SALUD Y MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MAS BIENESTAR	114
6.1 Propuesta de recomendaciones para la localidad de Kennedy	114
BIBLIOGRAFÍA	125

Listado Gráficas

Gráfica 1. Pirámide poblacional, localidad Kennedy, años 2019, 2024, 2030	28
Gráfica 2. Número de atenciones por sexo, localidad Kennedy, 2019 a 2023 y 2024pp*	66
Gráfica 3. Número de atenciones por servicio de consulta, localidad Kennedy, 2019 a 2023 y 2024pp* .	66
Gráfica 4. Número de atenciones por servicios de hospitalización y urgencias, localidad Kennedy, 2019 a 2023 y 2024pp*	67

Gráfica 4. Mortalidad por grandes causas, localidad Kennedy, 2019 – 2023	75
Gráfica 5. Mortalidad por grandes causas en hombres, localidad Kennedy, 2019 – 2023.....	75
Gráfica 6. Mortalidad por grandes causas en mujeres, localidad Kennedy, 2019 – 2023.....	76

Listado Tablas

Tabla 1. Distribución de la población por momento de curso de vida, localidad de Kennedy, año 2024 ..	28
Tabla 2. Otros indicadores de estructura demográfica, localidad de Kennedy, años 2019, 2024, 2030 ...	30
Tabla 3. Resumen de indicadores demográficos, localidad de Kennedy, 2012, 2017, 2022	31
Tabla 4. Distribución población según orientación sexual, Localidad de Kennedy, año 2017	33
Tabla 5. Autorreconocimiento étnico, Localidad de Kennedy, año 2018	36
Tabla 6. Tasa de cobertura bruta por nivel educativo, localidad Kennedy, 2018-2022	47
Tabla 7. Número de atenciones por servicio y quinquenio, localidad Kennedy, 2019 a 2023 y 2024pp* ..	68
Tabla 8. Principales causas de atención en servicio de Consulta, según sexo, localidad Kennedy, 2023 ..	69
Tabla 9. Principales causas de atención en servicio de Hospitalización, según sexo, localidad Kennedy, 2023 ..	70
Tabla 10. Principales causas de atención en servicio de Urgencias, según sexo, localidad Kennedy, 2023 ..	70
Tabla 11. Eventos de Notificación Obligatoria, localidad Kennedy, 2019 – 2024pp*	73
Tabla 12. Tasas de mortalidad por sexo y momento de curso de vida, localidad Kennedy, 2019 – 2023..	74
Tabla 13. Tasas de Mortalidad por enfermedades transmisibles, localidad Kennedy, 2019 – 2023	77
Tabla 14. Tasas de Mortalidad por neoplasias, localidad Kennedy, 2019 – 2023	78
Tabla 15. Tasas de Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, localidad Kennedy, 2019 – 2023 ..	79
Tabla 16. Tasas de Mortalidad por afecciones del periodo perinatal, localidad Kennedy, 2019 – 2023 ...	79
Tabla 17. Tasas de Mortalidad por causas externas, localidad Kennedy, 2019 – 2023	80
Tabla 18. Tasas de Mortalidad por las demás causas, localidad Kennedy, 2019 – 2023	81
Tabla 19. Tasas de Mortalidad por signos y síntomas mal definidos, localidad Kennedy, 2019 – 2023	82
Tabla 20. Mortalidad específica por sexo en población menor de un año, localidad Kennedy, 2019 – 2023 ..	82
Tabla 21. Mortalidad específica por sexo en población de uno a cuatro años, localidad Kennedy, 2019 – 2023.....	83
Tabla 22. Mortalidad específica por sexo en población menor de cinco años, localidad Kennedy, 2019 – 2023.....	83
Tabla 23. Comportamiento indicadores trazadores PDD y PTS, localidad Kennedy, 2019 – 2024p*	84
Tabla 24. Principales problemáticas colectivas, localidad Kennedy, 2023 – 2024*	86

Listado Mapas

Mapa 1. Contexto político administrativo de la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2021 y 2024	17
Mapa 2. Condiciones ecológicas de la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2021 y 2024.....	19
Mapa 3. Condiciones ambientales de la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2022	22

Mapa 4. Estado superficial malla vial integral de la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2022..	23
Mapa 5. Ruido Nocturno de la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2018 - 2021.....	24
Mapa 6. Estrato socioeconómico de la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2024	26
Mapa 7. Uso del suelo de la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2024	27
Mapa 8. Densidad Poblacional de la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2024.....	32
Mapa 9. Acceso a Servicios de la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2024.....	39
Mapa 10. Unidades de Trabajo Informal en la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2023 - 2024	43
Mapa 11. Índice de Pobreza Multidimensional en la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2018	45
Mapa 12. Oferta Educativa en la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2024.....	48
Mapa 13. Violencia Intrafamiliar y de Genero en la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2024 .	50
Mapa 14. Establecimientos de Actividades Sexuales Pagadas en la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2024	53
Mapa 15. Sedes Asistenciales de la Subred Sur Occidente en la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2024.....	57
Mapa 16. Situación de Habitanza en Calle en la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2021	59
Mapa 17. Ruralidad en la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2022	61
Mapa 18. Problemáticas colectivas de la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2023 a 2024*....	87
Mapa 19. Respuesta Sectorial e Intersectorial en la localidad de Kennedy, 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 de Kennedy desempeña un papel importante al proporcionar una comprensión integral de la realidad territorial, que permite identificar las problemáticas y necesidades sociales relacionadas con la salud. Esta labor analítica se alinea con los objetivos del Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá camina segura” 2024-2027, cuyo propósito es “mejorar la calidad de vida de las personas garantizándoles una mayor seguridad, inclusión, libertad, igualdad de oportunidades y un acceso más justo a bienes y servicios públicos, fortaleciendo el tejido social en un marco de construcción de confianza y aprovechando el potencial de la sociedad y su territorio a partir de un modelo de desarrollo comprometido con la acción climática y la integración regional” (2).

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

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

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

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

- Capítulo I: Describe el contexto político-administrativo, ecológico, socioeconómico y el acceso a servicios.

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

Marco conceptual

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

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

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

En este orden de ideas, el análisis de situación de salud propende por la identificación de la manifestación de los núcleos de inequidad definidos como una herramienta de síntesis y priorización de los determinantes sociales que, están produciendo resultados negativos en la salud de los diferentes grupos poblacionales o comunidades del territorio. (4) De acuerdo a lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, los núcleos de inequidad comprenden en su conjunto los siguientes elementos: el

determinante social de la salud, con las características propias que este tiene en un territorio, así como las relaciones que se establecen, entre el determinante social de la salud y el proceso de salud-enfermedad-atención, respecto de un evento o conjuntos de eventos en salud pública, que, a la vez, generan impactos en la vida de las personas, las familias y las comunidades (4).

OBJETIVOS

Objetivo general

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

Objetivos específicos

- Comprender integralmente la realidad territorial de la localidad de Kennedy.
- 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 Nnacionales y Ddistritales 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 Pparticipación Ssocial Incidente en Salud en octubre y noviembre de 2024 con líderes comunitarios, líderes de Atención Primaria Social (APS) y gestores de participación. Estos talleres facilitaron la identificación y comprensión de las problemáticas locales, documentos que fueron tenidos en cuenta en los análisis.

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

En la Fase 2: "Contexto para el Análisis de la Situación de Salud Local" se desarrollaron los capítulos 1, 2 y 3. El análisis de la estructura demográfica y poblacional, desarrollada en el capítulo 1, se emplearon las proyecciones del Departamento Nacional de Estadística (DANE) basadas en el Censo de 2018. A través del cálculo de frecuencias absolutas y relativas, se identificaron los cambios en la población para los años 2019, 2024 y 2030. Estos datos fueron registrados en la herramienta de pirámide poblacional

proporcionada por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), lo que facilitó la estimación de indicadores demográficos y su comportamiento durante el periodo de análisis. Para enriquecer la comprensión de la dinámica demográfica, se complementaron los indicadores adicionales utilizando las bases de datos del Registro Único de Aportantes a la Seguridad Social (RUAF) de la SDS (desde 2005 hasta 2022) y los datos disponibles en el Observatorio de Salud de Bogotá (SaluData), permitiendo un análisis comparativo entre los años 2012, 2017 y 2022.

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

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

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

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

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

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

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

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

De acuerdo a lo identificado y analizado en los capítulos precedentes, se procedió a la construcción de la problemáticas y necesidades sociales y ambientales de la localidad de Kennedy, 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 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, 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:

- \sum Respuestas: Total de acciones sectoriales e intersectoriales por UPZ

- Problemática: Número de casos de la situación o evento de salud
- Variable poblacional: Población base utilizada para normalizar el indicador

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

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

- 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

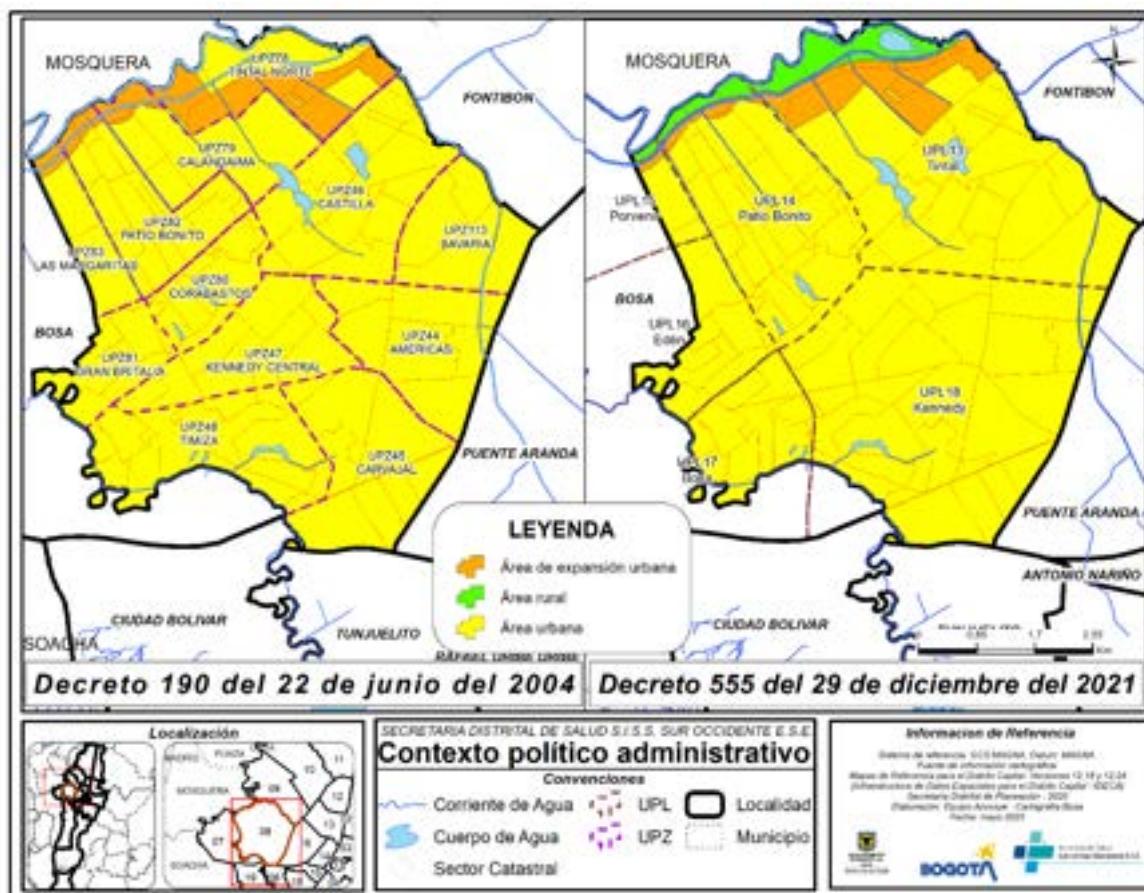
1.1. Contexto político administrativo

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 Kennedy, número 8 dentro de la división administrativa del Distrito Capital y se encuentra ubicada al Sur Occidente de la zona urbana de Bogotá. Como ciudad región, limita al norte con el municipio de Mosquera limitado por el río Bogotá y con la localidad de Fontibón por medio del río Fucha y la CL 13, al sur con las localidades de Bosa, Ciudad Bolívar separadas por el río Tunjuelo y con la localidad de Tunjuelito por la Autopista Sur, al oriente con la localidad de Puente Aranda que lindan con la Avenida 68 y al occidente con la localidad de Bosa delimitada por el río Tunjuelo y la CL 49 sur (ver Mapa 1).

La localidad de Kennedy tiene un área de 38,59 km² y está conformada por 366 barrios comunes (6), 571 áreas urbanísticas, 134 barrios legalizados, 2 barrios con negación a su legalización, cero barrios regularizados, un barrio en trámite de legalización, 2 barrios en proceso de regularización, 2 barrios en proceso de legalización y 55 sectores catastrales. En su división político-administrativa del anterior POT (7) estaba conformada por 12 UPZ, estas UPZ son: UPZ 44 Américas, UPZ 45 Carvajal, UPZ 46 Castilla, UPZ 47 Kennedy Central, UPZ 48 Timiza, UPZ 78 Tinal Norte, UPZ 79 Calandaima, UPZ 80 Corabastos, UPZ 81 Gran Britalia, UPZ 82 Patio Bonito, UPZ 83 Las Margaritas y UPZ 113 Bavaria; en el actual POT (8) a la localidad la cubren 6 UPL: UPL 13 Tinal, UPL 14 Patio Bonito, UPL 15 Porvenir, UPL 16 Edén, UPL 17 Bosa y UPL 18 Kennedy, teniendo como característica especial que las UPL 15, 16 y 17 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 (9) (ver Mapa 1).

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



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

Según la Ley 388 de 1991 artículo 31, el suelo urbano se define como “las áreas del territorio Distrital o municipal destinadas a usos urbanos por el POT que cuenten con infraestructuras viales y redes de energía, acueducto, alcantarillado y posibiliten su urbanización y edificación”. En Bogotá, existen tres tipos de suelo reglamentados: área de expansión urbana, área rural y área urbana; para la localidad octava de Kennedy, 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 Fontibón hasta el límite con la localidad de Bosa pasa a ser área rural (ver Mapa 1).

1.2. Condiciones ecológico – ambientales

Condiciones ecológicas

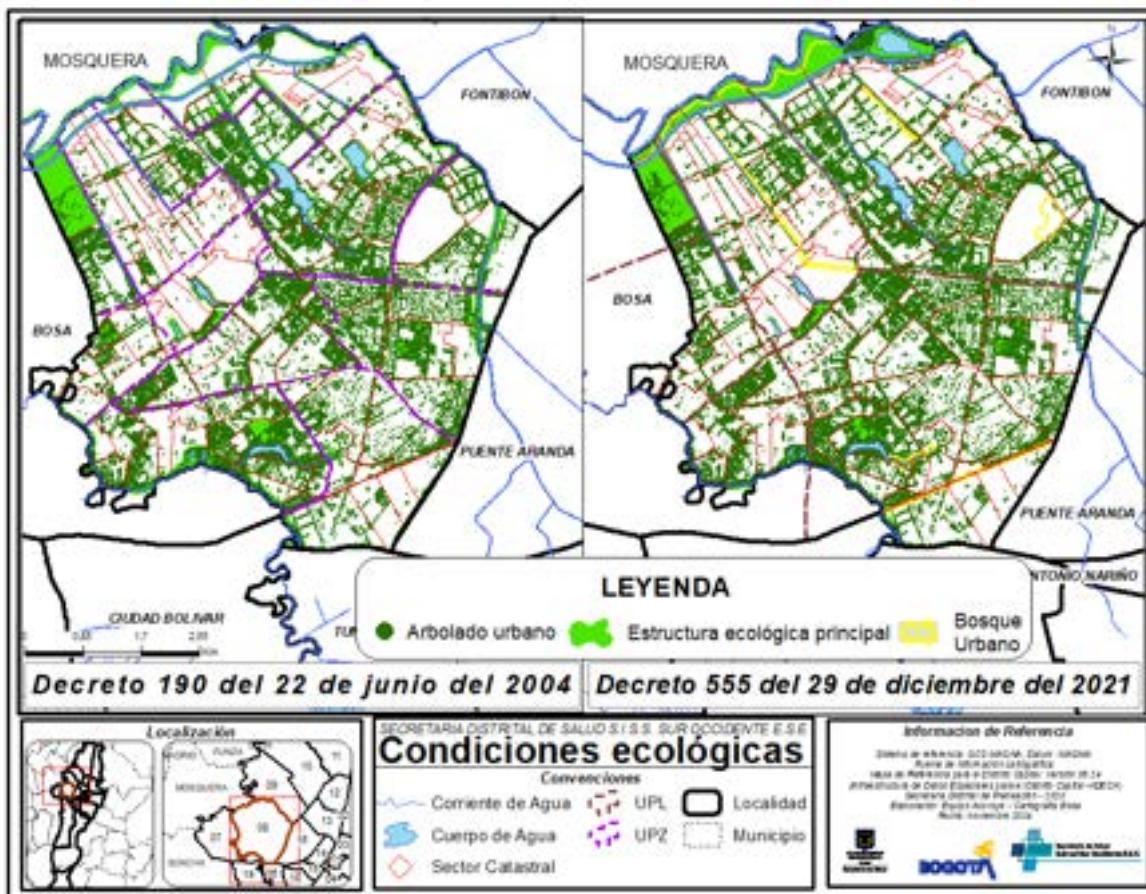
La Estructura ecológica principal, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 190 del 2004, en la localidad se encontraba que las Zona de Manejo y Preservación Ambiental coinciden con las rondas hidráulicas (Río Tunjuelo, Río Bogotá, Canal Cundinamarca, Río Fucha) destacándose como las principales corrientes de

agua de la localidad y se tenían como áreas protegidas los 4 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 excepto 3 (Timiza, Cayetano Cañizares y Mundo Aventura), 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 Bosa (9) (ver Mapa 2).

El arbolado urbano para el año 2021 en la localidad era de 132.047 árboles los cuales incrementan a 141.421 individuos arbóreos a octubre del 2024. La mayoría de los árboles se encuentran en la UPZ 48 Timiza con 27.920, en la UPZ 46 Castilla 25.815, en la UPZ 47 Kennedy Central con 18350, la UPZ 44 Américas con 17.154, la UPZ 79 Calandaima con 12.442, la UPZ 45 Carvajal con 9.042, la UPZ 113 Bavaria con 7.923, la UPZ 78 Tinal Norte con 7.655, la UPZ 78 Las Margaritas con 5.661, la UPZ 81 Gran Britalia con 4.161, la UPZ 82 Patio Bonito con 3.080 y la UPZ 80 Corabastos tiene 2.218 árboles. La mayor concentración de árboles se encuentra ubicada en la avenida Américas y sus vías secundarias y existen otras concentraciones grandes de arbolado ubicadas en los barrios periféricos del humedal El Burro ubicado en la UPZ 46 Castilla y en el parque metropolitano Timiza situado en la UPZ 48 del mismo nombre (9) (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 los siguientes lugares: antiguas instalaciones del Bavaria en la UPZ del mismo nombre, parque Timiza, línea férrea desde Bosa a Puente Aranda, DG y CL 38 sur desde la central de Abastos hasta el canal Cundinamarca y en el Canal Magdalena.

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



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

Altitud y Relieve

La altitud de la localidad de Kennedy tiene un máximo de 2.565 metros sobre el nivel del mar –m.s.n.m.–, media de 2.552 m.s.n.m. y mínima de 2.535 m.s.n.m.; topográficamente la localidad se caracteriza por ser netamente plana con algunas depresiones sobre el canal Cundinamarca, la zona llana ubicada en la UPZ 47 Kennedy Central y la zona de mayor altitud situada en el parque Mundo Aventura en la UPZ 44 Américas (9).

Temperatura

El clima en 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. Sin embargo, la excepción se dio en el 2019, año en el cual la mayoría de la localidad presentó una temperatura promedio anual de 15°C excepto la zona comprendida entre el río Tunjuelo al sur y la KR 91 al norte y desde la DG 3 al oriente hasta el río Tunjuelo en el occidente en donde la temperatura promedio anual fue de 16°C; datos en base a la información cartográfica de mapas Bogotá. La precipitación anual acumulada para el año 2020 fue de 1.060 mm aumentando a tres cifras comparándolo con los dos años previos (9).

Condiciones ambientales

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

Según la Organización Panamericana de la Salud, debido a 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 (10).

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). El PM_{2,5} tiene una dirección de nororiente a Sur Occidente permitiendo transportar el material particulado emitido por fuentes móviles (alto flujo vehicular de transporte de carga, particular y público hacen que las emisiones sean altas y constantes) y fijas (industrias, comercio, construcciones etc.) (10) adicionando las emisiones propias de fuentes fijas de otras localidades, ubicadas principalmente en cercanías de la autopista sur en las UPZ 46 Castilla y 48 Timiza así como con las fuentes móviles que transitan en las vías arteriales. Por lo anterior, se destaca la concentración de fuentes fijas en la UPZ 46 Castilla entre la AK 68 y la avenida Boyacá y en las cercanías de la avenida primera de mayo, siendo esta última vía la que más aporta por sus fuentes móviles a la concentración de material particulado afectando otras UPZ como son 47 Kennedy Central y 48 Timiza (10) (ver Mapa 3).

Las concentraciones de material particulado grueso, mayor e igual a 10 micrones (PM₁₀), como lo son polvo, cenizas, hollín, partículas metálicas, cemento o polen, es alta en la UPZ 78 Tintal Norte dado que sus valores (47 a 51 µg/m³) son superiores al establecido como fijo (15 µg/m³ de media anual) por las directrices de la OMS (10). Desde este límite de concentración anterior y continuando en dirección suroeste hasta las UPZ 44 Américas, 80 Corabastos y 81 Gran Britalia, los valores de concentración decaen paulatinamente en estas áreas a un valor constante de 47 µg/m³, hasta llegar a las UPZ 45 Carvajal, 46 Castilla y 47 Kennedy Central donde se encuentran las mayores concentraciones en el promedio anual de 43 µg/m³ hasta bajar a los 38 µg/m³ (10).

Sin embargo, para ambos materiales particulados en la misma localidad se ubican puntos fijos de emisión por partes de industrias grandes, medianas y pequeñas ubicadas en las UPZ 44, 45, 46, 47, 78, 80 y 82. Así mismo se debe tener en cuenta las vías principales que atraviesan y/o bordean la localidad (Autopista Sur, Avenida Villavicencio, Avenida Primera de Mayo, Avenida Tintal, Avenida Agoberto Mejía, AK 68, Avenida Boyacá, Avenida de las Américas, AC 12 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 psico neurológicos 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 (10).

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 (10).

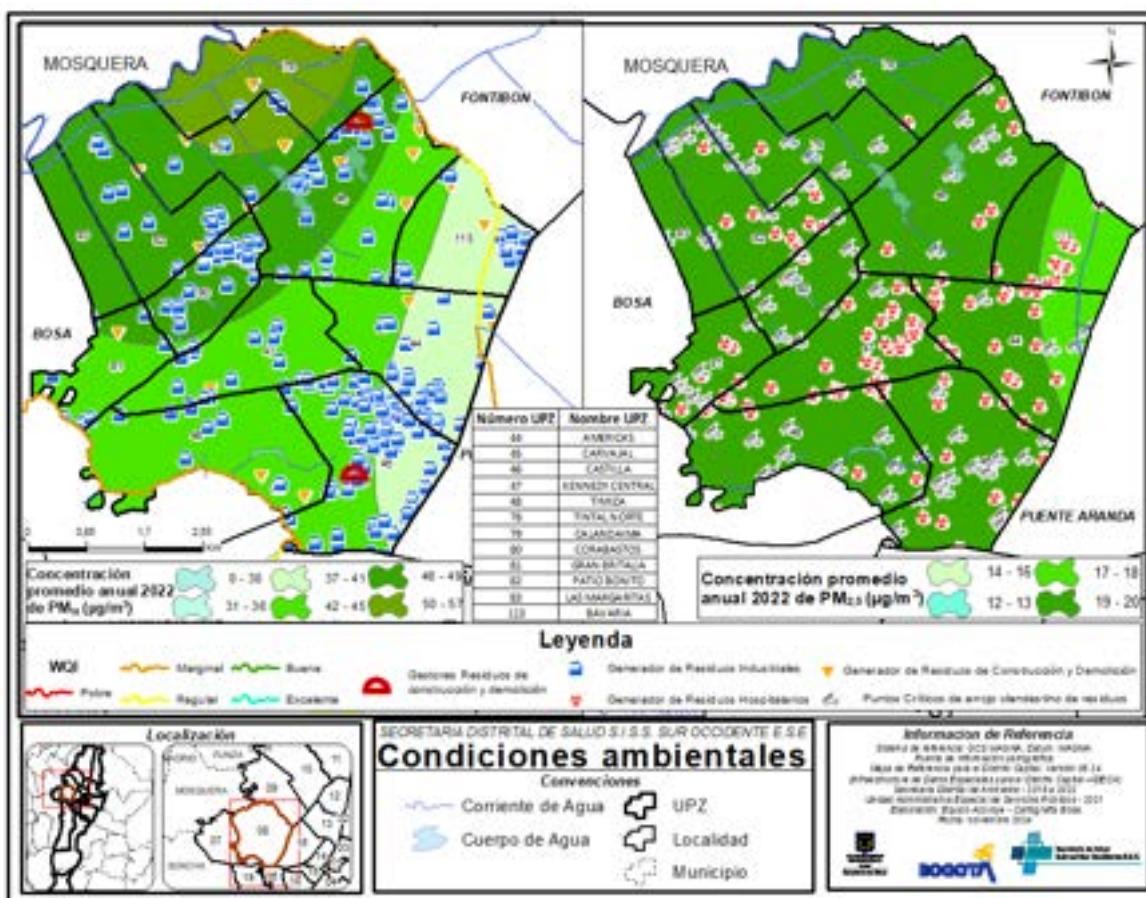
Dentro del marco teórico, en la investigación realizada por Barret, C. (10) la contaminación del aire, especialmente por material particulado es peligrosa para la salud humana, y afecta a toda la población, siendo los más vulnerables los menores de 5 años (primera infancia) y los mayores de 60 años (vejez). Existe una relación entre la calidad del aire y la manifestación de enfermedades respiratorias y cardiovasculares, se producen especialmente 4 patologías como lo son las Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, bronquitis, asma, y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas EPOC. Estar expuesto a PM_{2,5} por pocos días aumenta el riesgo relativo de padecer eventos cardiovasculares agudos entre 1 a 3%, tales como Infarto Agudo al Miocardio -IAM-, Accidente Cerebrovascular, Insuficiencia cardíaca, arritmias y muerte cardíaca (10).

La calidad del agua medida por el índice de calidad del agua -WQI- (10) para el tramo del río Tunjuelo comprendido entre la intersección de los límites de Kennedy con las localidades de Bosa y Ciudad Bolívar hasta la CL 59 sur límite con Bosa, midió varias variables como Coliformes Fecales, pH, grasas y aceites, entre otras variables, las cuales ponderadas dieron como resultado valores que la clasifican en la categoría de “marginal” (10) (ver Mapa 3).

Respecto al tramo del río Fucha, se tiene la misma problemática de contaminación aguas arriba, que empeora con los puntos de descargas directas de aguas residuales a lo largo de todo el tramo en la localidad, y se acumula con los residuos de las industrias cercanas al río en las UPZ 113 Bavaria y 46 Castilla (10). Las mediciones del WQI de los ríos de la localidad, evidencian el estado de calidad “regular” en las UPZ 44 Américas y 113 Bavaria y “marginal” principalmente en las UPZ 44 Américas, 45 Carvajal, 46 Castilla, 48 Timiza, 78 Tintal Norte y 81 Gran Britalia. Es decir, la calidad del agua de los ríos de la localidad no tiene condiciones óptimas para ningún uso o consumo, generando olores ofensivos para la población, indicando la necesidad de una mejora significativa en las condiciones de calidad de los ríos urbanos y el agua, como determinante ambiental en la calidad de vida de la población residente en Kennedy (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 de los ríos Tunjuelo y Fucha, así como en los canales a cielo abierto, parques, separadores y reservas viales (ver Mapa 3).

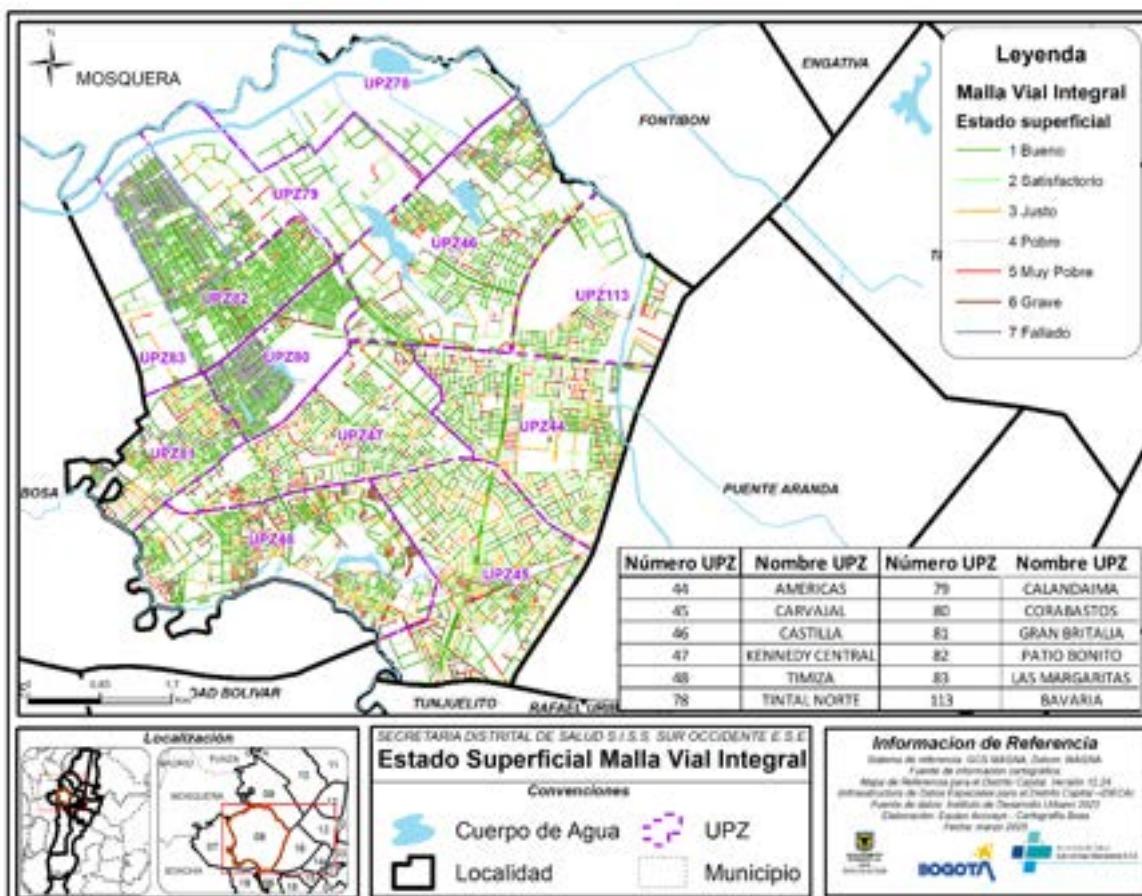
Mapa 3. Condiciones ambientales de la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2022



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 43,91% de su estado es bueno, siendo esta malla vial solo susceptible a pequeñas intervenciones; por su parte el 32,02% de la malla vial requiere intervenciones de mayor área con mantenimiento de rutina, siendo estas correspondientes a los estados satisfactorio y justo con el 19,73% y el 12,29% respectivamente; mientras que el 24,07% de la malla vial requiere rehabilitación o reconstrucción. Este 24,07% 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 repercuten en la calidad del aire que respiran las personas que viven, transitan y trabajan en cercanías de estas. El 24,07% se ubica en la localidad en zonas muy específicas de cada UPZ así: en las UPZ 80 Corabastos y 82 Patio Bonito, en donde se concentra principalmente las vías con estado fallado; mientras que en las UPZ 44 Américas, 45 Carvajal, 46 Castilla, 47 Kennedy Central, 48 Timiza y 81 Gran Britalia, se presenta una distribución espacial dispersa de la malla vial en los estados pobre, muy pobre, grave y fallado. Sin embargo, el 77% restante de la malla vial es de importancia para el sector salud, dado que su estado está relacionado a la accidentabilidad vial por los baches y huecos que presentan en estas vías, y a su vez afectan la movilidad, generando más tiempo de recorrido en un trayecto (9) (ver Mapa 4).

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

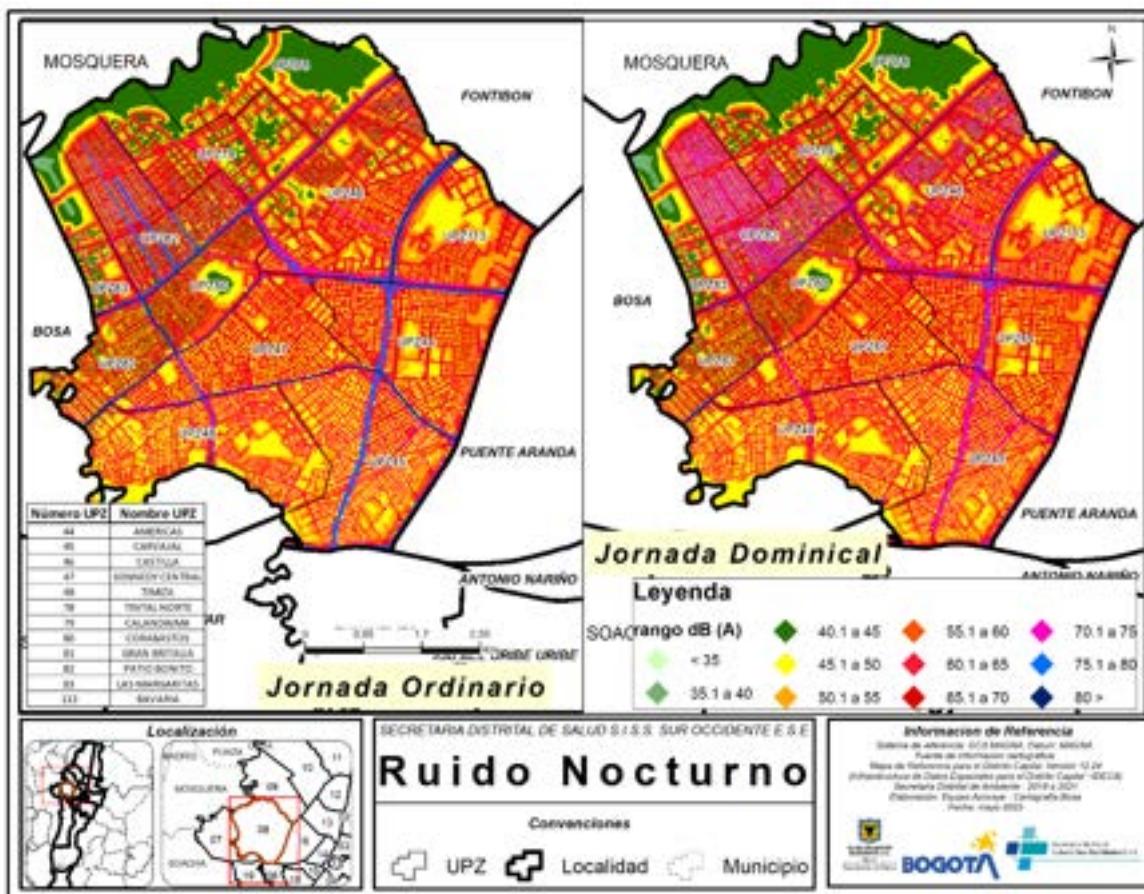


Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2022. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

Respecto al ruido ambiental en la localidad evaluando las fuentes sonoras de tráfico aéreo, tráfico rodado y fuentes asociadas a 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.) las UPZ 45 Carvajal, 44 Américas, 47 Kennedy Central, 48 Timiza y 113 Bavaria son las que mayores niveles de ruido presentaron con valores desde los 50,1 a los 60,0 dB(A) en las zonas residenciales, de 60,1 a 65 dB(A) en las vías residenciales, de 70,1 a 75,0 dB(A) en las vías intermedias y de 75,1 o mayores a 80,0 dB(A) en las vías principales. En las UPZ 46 Castilla, UPZ 78 Tintal Norte, 79 Calandaima, 80 Corabastos, 81 Gran Britalia, 82 Patio Bonito y 83 Las Margaritas se evidenciaron una disminución en los dB(A) de las vías de zonas residenciales oscilando entre los 45,1 a un máximo de 55,0 dB(A), sin embargo, los valores en las vías principales presentaron un comportamiento de ruido entre los 70,1 a 75,0 dB(A).

Analizando la jornada dominical nocturna (domingo de 9:00 p.m. a 7:00 a.m.) se vio el mismo comportamiento en toda la localidad, pero en con valores de 5 dB(A) por debajo de la jornada ordinaria nocturna de manera general en casi toda la localidad, con excepción de la UPZ 82, las manzanas cercanas a la avenida primera de mayo entre la AK 68 y la avenida Boyacá y los barrios de estrato 2 cercanos a la avenida Ciudad de Cali en la UPZ 46, zonas en donde en vez de reducirse el ruido se aumentó en 10 dB(A) (9) (ver Mapa 5).

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



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

Riesgos naturales

Las condiciones geomorfológicas e hidrológicas del terreno de Kennedy se caracterizan por ser zonas de humedales que hacen parte del valle aluvial del Río Bogotá, por tanto, con amenaza de inundación en temporada de lluvias, constituyéndose éste en el principal riesgo contemplado en el plan local de emergencias y desastres.

Existen tres zonas de inundación en la localidad: la primera, de mayor área y con riesgo alto y medio, se ubica al interior de la microcuenca del río Fucha en las zonas comprendidas entre los humedales de la localidad y el canal Cundinamarca, con el riesgo medio abarcando las UPZ 78 Tintal Norte, 79 Calandaima, 80 Corabastos, 82 Patio Bonito, 83 Las Margaritas y en la UPZ 46 Castilla la zona comprendida desde la KR 80 límite sur oriental de los humedales de esta UPZ hasta la AK 86 o Ciudad de Cali; la segunda va desde el canal Cundinamarca hasta el río Bogotá con el riesgo alto coincidiendo con las menores cotas de Kennedy en las UPZ 78 Tintal Norte, 79 Calandaima, 80 Corabastos, 82 Patio Bonito y 83 Las Margaritas ; la tercera zona está ubicada en la ronda del río Tunjuelo desde el límite con las localidades de Tunjuelito y Ciudad Bolívar hasta el límite con la localidad de Bosa con un riesgo bajo, abarcando la rivera de este río en las UPZ 45 Carvajal, 48 Timiza y 81 Gran Britalia, siendo en esta última UPZ en donde en la ronda del río

se encuentran los tres niveles de riesgo estando el alto más cercano el río y disminuyendo el riesgo a mitad que se aleja de este cuerpo de agua (10).

La localidad, presenta 2 zonas con suelo de protección por riesgo de remoción en masa e inundación establecidas por la Resolución 1482 de 2019 de la Secretaría Distrital de Planeación, ubicadas en zona de amenaza media por inundación en la UPZ 82 Patio Bonito (10).

1.3. Condiciones socio económicas

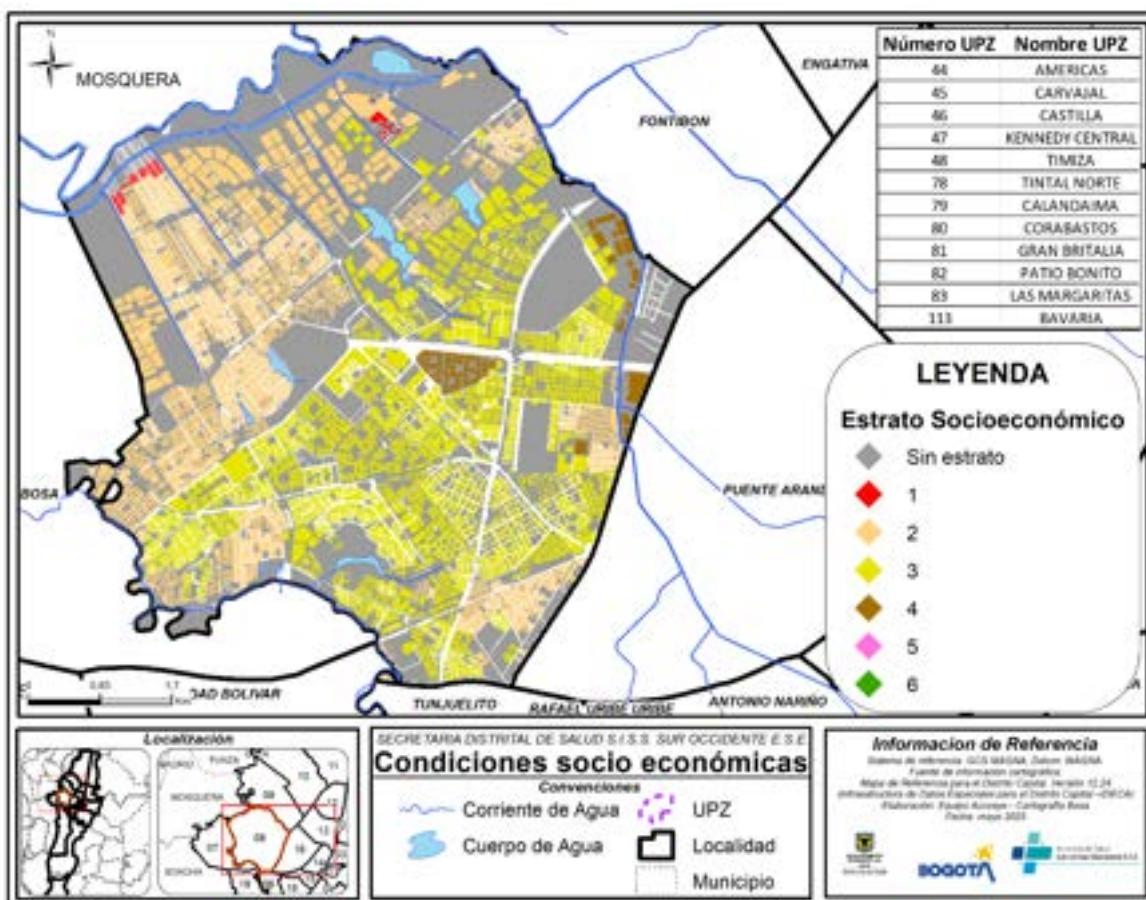
El análisis socioeconómico es fundamental para comprender el contexto en el que se desarrollan las condiciones de vida y salud de la población, aspectos como: el índice de necesidades básicas insatisfechas, índice de pobreza multidimensional, índice de GINI e ingreso per cápita, se convierten en determinantes 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).

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, si no en características de las viviendas y del entorno (11).

La mayoría de la población de la localidad reside en el estrato 3 con un porcentaje del 38,25% (527.156 unidades prediales), en el estrato 2 con un porcentaje del 29,38% (404.958 unidades prediales), sin estrato se encuentran 19,87% (273.838 unidades prediales), en el estrato 4 se encuentran 12,42% (171.220 unidades prediales) y en el estrato 1 se encuentran 0,07% (969 unidades prediales) (9). (ver Mapa 6)

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



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

La predominancia del estrato 3 la encontramos entre la AK 68 y la AK 80, donde también se ubican algunos barrios de estrato 4 en las UPZ 44 Américas y 113 Bavaria y también barrios de estrato 2 a lo largo de la AK 68 en las UPZ 44 Américas y 45 Carvajal. El segundo estrato predominante se localiza desde la AK 80 hasta el canal Cundinamarca y justo en el límite con este canal en la UPZ 82 Patio Bonito se encuentran los lotes de estrato 1 (9). (ver Mapa 6)

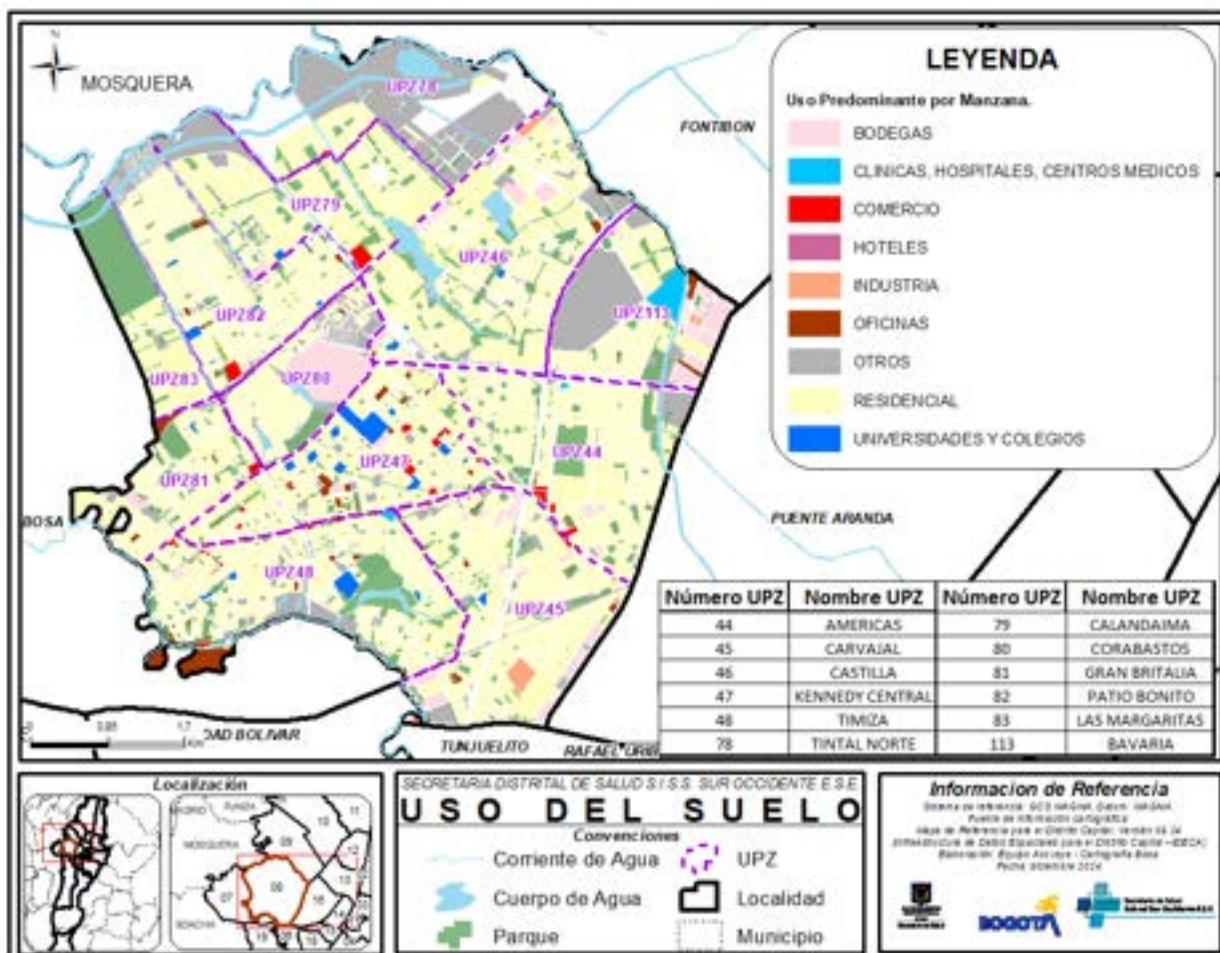
Respecto a los lotes sin estrato, debido al uso de estos (cuerpos de agua, reserva vial, suelo protegido por ronda de río, parque, colegio, entidad gubernamental, transporte, industria, comercio, religioso e infraestructura eléctrica) se clasifican así, excepto los predios de uso residencial que se ubican en barrios no legalizados, en invasiones o inmersos en planes parciales de desarrollo (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 48 y las ubicadas en las UPZ 78, 79 y 82 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 45 y 113; hay manzanas de predominancia de uso comercial en la UPZ 47 ubicadas en la zona comercial de mayor importancia de la localidad y en un corredor comercial de importancia en la Avenida Primera de Mayo en el límite de las UPZ 44 y 45; hay 2 zonas con predominancia en el uso de bodegas en las UPZ 44, 45, 46, 79, 82, 113 y 80, siendo esta última destacada por la central de Abastos; finalmente se destaca la UPZ 47 en donde encontramos manzanas con la clasificación de uso predominante de oficinas, bodegas, comercio y educativo dentro de las cuales se destaca el colegio INEM Francisco de Paula Santander (9) (ver Mapa 7).

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



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

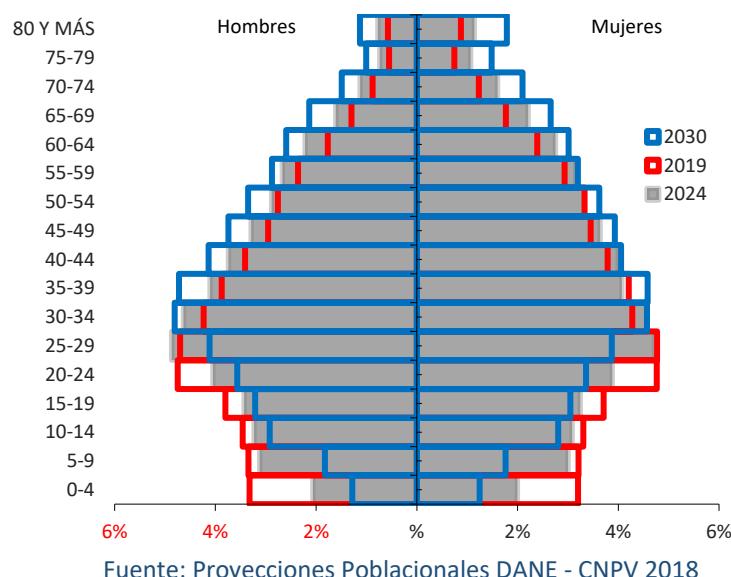
1.4. Estructuración poblacional y demográfica

Para el año 2024, según censo DANE 2018, la localidad de Kennedy cuenta con 1.037.929 habitantes de los cuales el 48,6% (n=503.962) son hombres y el 51,4% (n=533.967) son mujeres. Esta población representa el 34,6% de la población de influencia de la Subred Sur Occidente y el 12,9% del Distrito Capital.

Estructura demográfica

La estructura de población de la Localidad de Kennedy presenta una forma característica de pirámide regresiva para el año 2019, ya que, se aprecia que se ha reducido levemente la base de la pirámide, con un descenso leve de la natalidad, concentrándose la mayor parte de la población en las edades productivas, indicando mayor amplitud en el grupo de jóvenes y aumento de la población mayor, a partir de los 60 años en adelante, una población homogénea por sexo para la localidad. Para el año 2024, la pirámide continúa siendo regresiva, se destaca una disminución en el grupo poblacional de primera infancia comparativamente con el año 2019, adicionalmente se evidenció un aumento poblacional en el grupo de 30 a 34 años, tanto en hombres como en mujeres, y en mayores de 60 años se denota un aumento de la población en especial en las mujeres (ver Gráfica 1).

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



Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE - CNPV 2018

Según distribución por momentos de curso de vida para localidad de Kennedy se observa mayor peso porcentual en Adultez con 46,0%, así mismo por sexo donde en hombres representa el 22,3% y mujeres el 23,7%, le sigue juventud con 18,3%, en cuanto a sexo para hombres registra el 9,3% y mujeres el 9,0% (ver Tabla 1).

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

Momento de Curso de Vida	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	n	%	N	%
Primera Infancia (0 a 5 años)	27.339	2,6	26.475	2,6	53.814	5,2
Infancia (6 a 11 años)	40.004	3,9	38.057	3,7	78.061	7,5
Adolescencia (12 a 17 años)	40.958	3,9	39.323	3,8	80.281	7,7
Juventud (18 a 28 años)	96.981	9,3	92.977	9,0	189.958	18,3
Adultez (29 a 59 años)	231.583	22,3	246.047	23,7	477.630	46,0

Momento de Curso de Vida	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	n	%	N	%
Vejez (60 y más años)	67.097	6,5	91.088	8,8	158.185	15,2
TOTAL	503.962	48,6	533.967	51,4	1.037.929	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 92 hombres había 100 mujeres; en 2024, esta relación fue de 94 hombres por cada 100 mujeres, y para 2030 se proyecta que será de 96 hombres por cada 100 mujeres, mostrando una tendencia creciente (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 23 niños por cada 100 mujeres en edad fértil, disminuyendo a 14 en 2024. Se proyecta que este indicador se estabilice en 9 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, 20 de cada 100 personas eran menores de 15 años; en 2024, esta cifra bajó a 17, y para 2030 se espera que llegue a 12, 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, 26 de cada 100 personas pertenecían a este grupo etario; en 2024, fueron 24, y se proyecta que en 2030 esta cifra baje a 21, 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, 8 de cada 100 personas tenían más de 65 años; en 2024, esta cifra aumentó a 10, y se proyecta que alcance 14 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 40 personas mayores de 65 años; en 2024, esta relación aumentó a 62, y para 2030 se estima que llegue a 116, 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 38 dependientes; en 2024, esta cifra se mantuvo en 36, pero para 2030 se proyecta que aumente a 34, marcando una tendencia al descenso (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 27 menores de 15 años por cada 100 personas económicamente activas; en 2024, esta cifra se redujo a 22, y para 2030 se espera que baje a 15, 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 11 personas mayores de 65 años por cada 100 económicamente activas; en 2024, este valor aumentó a 14, y para 2030 se proyecta que llegue a 18, indicando un aumento sostenido con tendencia a la estabilización (ver Tabla 2).

El índice de Friz representa el porcentaje de población menor de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. En la Localidad de Kennedy para el año 2019 el índice de Friz fue de 90,5 mientras que para el año 2024 se tiene un índice de Friz de 72,3 considerando una población madura. Se proyecta que para el 2030 el índice de Friz disminuya a 52,4 indicando el envejecimiento de la población (ver Tabla 2).

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

Índice Demográfico	Año		
	2019	2024	2030
Población total	1.027.373	1.037.929	1.063.922
Población Masculina	493.558	503.962	520.314
Población femenina	533.815	533.967	543.608
Relación hombre: mujer	92,46	94,38	96
Razón niños: mujer	23	14	9
Índice de infancia	20	17	12
Índice de juventud	26	24	21
Índice de vejez	8	10	14
Índice de envejecimiento	40	62	116
Índice demográfico de dependencia	38,43	36,56	34,47
Índice de dependencia infantil	27,47	22,54	15,93
Índice de dependencia mayores	10,97	14,02	18,54
Índice de Friz	90,58	72,34	52,41

Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE - CNPV 2018

Dinámica demográfica

En 2012, la localidad tenía 992.398 habitantes, aumentando a 1.009.665 en 2017, lo que representa un crecimiento del 2%. Para 2022, la población alcanzó 1.034.283 habitantes, un incremento del 2% 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 13,2 en 2017 a 8,7 en 2022, una reducción de 4,5 puntos. La tasa bruta de mortalidad -TBM-, defunciones por cada 1.000 habitantes, se mantuvo estable entre 2012 y 2017, oscilando entre 3,4 y 3,8. Sin embargo, en 2022 aumentó a 4,6, 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 Kennedy, aunque en descenso, pues pasa de 12 en 2012 a 4 en 2022. Este decrecimiento 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).

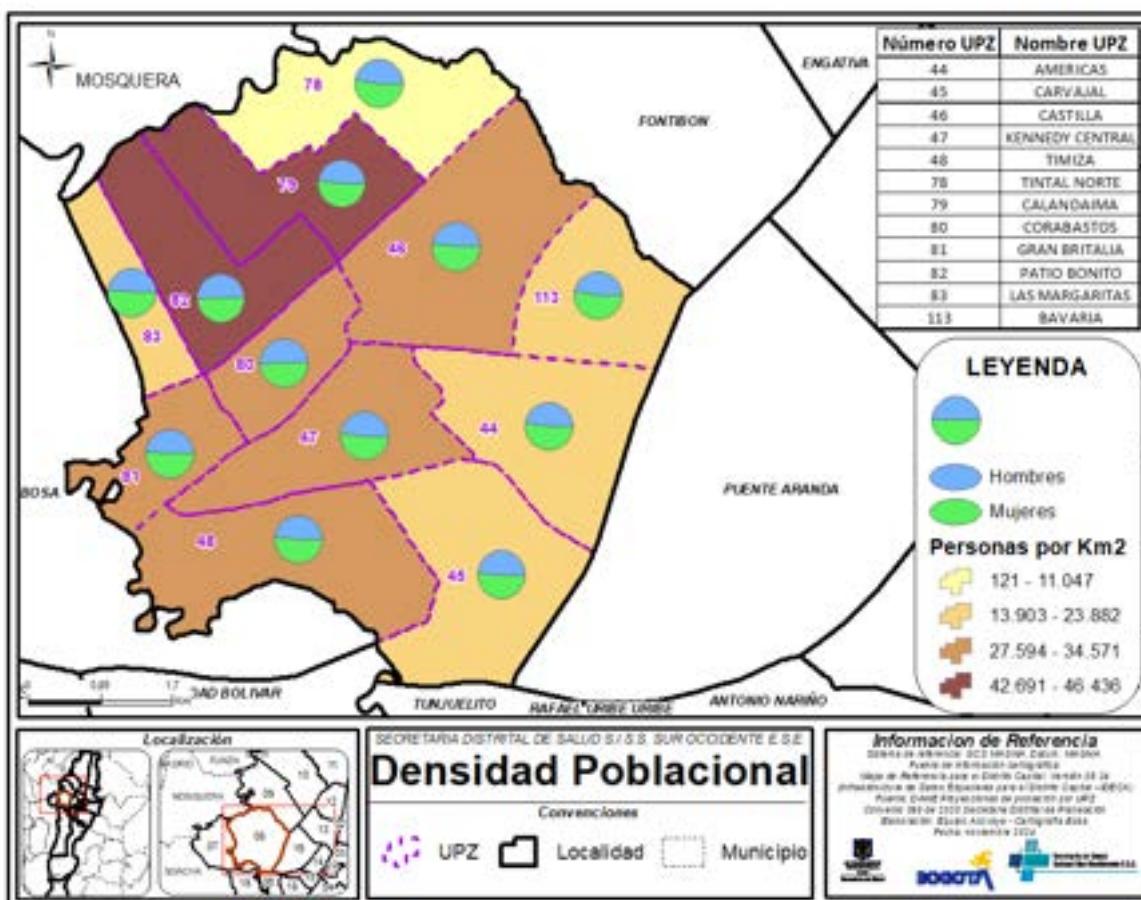
Tabla 3. Resumen de indicadores demográficos, localidad de Kennedy, 2012, 2017, 2022

INDICADOR	2012	2017	2022
Proyecciones de población	992.398	1.009.665	1.034.293
Tasa de crecimiento poblacional (%)	-	2	2
Tasa de crecimiento natural	12	9	4
Tasa bruta de natalidad (TBN)	15,7	13,2	8,7
Tasa bruta de mortalidad (TBM)	3,4	3,8	4,6
Tasa global de fecundidad (TGF)	53,6	45,5	30,8

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

Distribución Según área geográfica y territorios

La localidad de Kennedy tiene una extensión de 38,590 km², con una densidad poblacional de 26.933 habitantes/km² para el año 2024. A nivel de las UPZ se encuentra que la UPZ 82 Patio Bonito con 43.460 habitantes/km² es la que presenta mayor densidad poblacional, con una proporción de 13,3% de la población de la localidad y la UPZ de menor densidad es la 78 Tintal Norte con una densidad poblacional de 8.975 habitantes/km² y una proporción poblacional del 3,0% respecto a la localidad (9) (ver Mapa 8).

Mapa 8. Densidad Poblacional de la localidad de Kennedy, 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 (12).

Para el 2017 la Secretaría Distrital de Planeación -SDP- identificó que en Bogotá había 52.704 personas del sector LGBTI con mayor participación de hombres gais reconociendo a 25.073 dentro del mismo; por otro lado, el sector con menos representación son los hombres transgéneros, en el que se reconocieron 322 para todo el Distrito. Dentro de la misma caracterización, se posiciona la localidad de Kennedy, como la primera localidad de la subred con mayor presencia de población LGBTI con 6.558 personas registradas, segregadas como se observa a continuación.

Tabla 4. Distribución población según orientación sexual, Localidad de Kennedy, año 2017

Localidad	Lesbianas	Gais	Bisexuales	Mujeres Trans	Hombres Trans	Intersexuales	Total Localidad
Kennedy	1.211	3.643	446	959	144	157	6.558
Total Subred	2.367	6835	940	1.167	196	266	11.771

Fuente: elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de línea base de Política Pública LGBTI, información de la Encuesta Multipropósito, año 2017

El resultado de la Encuesta Bienal de Culturas 2015 mostró que el 44,9% consideró que a las personas de los sectores LGBTI se les debe prohibir que críen o adopten niñas/os, que equivalen a 378.599 personas; el 37,6% que se casen entre sí, 317.045 personas y el 36% considera que se debe prohibir que las personas de los sectores LGBTI expresen afecto en público 303.554 residentes de Kennedy. Por último, frente al temor de ser agredido por su orientación sexual, a población de Kennedy indicó que el 90,8% (n=765.631) no ha sentido ningún temor a ser agredida por su orientación sexual, en cambio el 8% (67.456) manifestó haber sentido angustia frente a esta situación. De acuerdo a lo anterior se evidencia que, aunque los datos no son altos, la localidad presenta discriminación afectando a esta población el ejercicio de sus derechos.

La población LGBTI en la localidad de Kennedy se identifica especialmente en la zona centro y occidental de la localidad entre el sector de la Av. Primera de Mayo y Av. Boyacá, Patio Bonito y Bellavista.

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” (13).

Para el 2017, según el censo de habitantes de calle realizado por el DANE, la localidad de Kennedy ocupa el cuarto lugar con presencia de habitantes en condición de calle donde se registran 682 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, con 289 personas (43,3%), seguido por la población mayor a 40 años con 221 personas (32,4%), 117 personas entre los 22 y 27 años (17,2%), 46 entre 17 y 21 años (6,7%) y 3 personas entre los 12 y 16 años (0,4%). Cabe resaltar que de las anteriores personas, 435 fueron censadas de forma directa, con una participación de 410 hombres (94,3%) y 25 mujeres (5,7%). (14)

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 la cual el 3,7% (n=16) correspondió a la localidad de Kennedy, el 76,2% de los encuestados fueron hombres, por grupos de edad la mayor proporción de la población se encontraba entre los 25 a 29 años con el 31,2% (15).

Actualmente el distrito cuenta con 13 centros para la atención de habitantes de calle o en riesgo de estarlo estos espacios están diseñados para brindar atención a necesidades básicas y de alimentación y ofrecer apoyo integral y apoya la búsqueda activa de oportunidades laborales, integración a la sociedad , estos centros son: Hogar de día paso y noche-Bakata; 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 Kennedy, para esta población se destaca la existencia de un centro de atención transitorio localizado en la Calle 41 Sur 78b 54, en el cual las Personas en Situación de Habitanza de Calle pueden realizar procesos de atención integral con enfoque diferencial, acceder a servicios de alimentación y atención prioritaria inicial en Salud. (16)

Víctimas de Conflicto Armado -VCA-

Según el Boletín Trimestral de Víctimas de Conflicto Armado con corte de Julio a septiembre de 2024, se registraron en Bogotá 353.759 VCA (4,7% de la población total de la ciudad), lo que con respecto a las 388.441 registradas con corte a 31 de julio de 2024 representa un decrecimiento de 34.682 víctimas (6,4%). Estos cuentan con un total de 424.998 hechos victimizantes, la mayor proporción fue el desplazamiento forzado con el 75,2% (n= 319.952), seguido por amenaza con el 9,2% (n= 39.169) y homicidio con el 8,5% (n=35.980) (17).

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, el 0,09% (n=333) como raizales y el 0,04% (n=124) como palenqueros; por otra parte, el 4,8% (n=16.936) de las víctimas presentó alguna discapacidad (17).

La localidad de Kennedy para el tercer trimestre del año 2024 registró un total de 36.813 VCA, ocupando el primer lugar tanto a nivel distrital como en Subred con más víctimas del conflicto armado. La Pobreza Multidimensional para esta población a nivel local presenta un 9,00% y hay un total de VCA con metodología Sisbén IV del 54,2% (n= 21.961)

Como se observa en el Informe de Inclusión de Víctimas y desmovilizados 2019, el conflicto armado que se ha vivido en el país durante décadas, perpetuó las condiciones para que hoy en día las víctimas y los desmovilizados continúen estando en desventaja frente al resto de la población en aspectos como la salud, los ingresos, la educación, y los derechos laborales, según la Unidad de Víctimas, el 40% de los hogares desplazados no generan ingresos, el 38% de la población víctima que se encuentra buscando trabajo, no reporta tener experiencia laboral; este porcentaje es mayor que el promedio de personas que buscan trabajo, el cual es de 34,1% (18).

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- (18).

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 localidad de Kennedy se reconocen 8.221 personas. En cuanto a la identidad de género la mayor proporción se auto reconoció como hombre con el 46,5% (n=3.829). Según momento de curso de vida, 3.505 se encuentran en adulzete representando el 42,6%, seguido de Juventud con 18,1% (n=1.485).

De acuerdo con el tipo de discapacidad se registró principalmente la discapacidad física con el 58,5% (n=4.809), seguida de intelectual con 42,7% (n=3.515). Respecto al origen de la discapacidad, el 47,5% (n=3.905) por enfermedad general, seguida de Alteración genética o hereditaria con 16,4% (n=1.353). Por otro lado, siguiendo la información suministrada por el Informe de Comprensión Territorial para la localidad de Kennedy del año 2024, las personas en condición de discapacidad de la localidad carecen de una infraestructura que facilite su movilización dentro de esta, se enfrentan a condiciones socioeconómicas adversas y barreras adicionales al acceso a servicios de rehabilitación. (14)

Pueblos y comunidades étnicas

Para el año 2018, según CNPV 2018, se autor reconocieron 12.769 personas de la localidad dentro de algún grupo étnico, lo que equivale al 1,2% de la población de la localidad, de las cuales, se encuentra que el 50,3% (n= 6.424) corresponde a mujeres y el 49,7% (n=6.345) corresponde a hombres.

El grupo étnico de mayor representación en la localidad es el afrocolombiano o afrodescendiente con el 80,1% (n=10.233), seguido del grupo étnico indígena con el 16,1% (n=2.058), en tercer lugar, se encuentra el grupo étnico Rrom con el 2,7% (n=350) (19).

La mayoría de los Rrom, se encuentran ubicados en la localidad de Kennedy (80%), seguido de la localidad de Puente Aranda (8%) y en menor escala en Barrios Unidos, Chapinero y Engativá. Mientras que según el censo de las organizaciones Unión Romaní y ProRrom realizado en el año 2019 y actualizado en marzo de 2020, se registran 379 Rrom en la capital; y de igual modo, refleja un mayor asentamiento en la localidad de Kennedy. Esta ubicación se da porque la *kumpaña* (comunidad) se encuentra en la localidad de Kennedy y prefieren permanecer cerca de su comunidad. Así mismo, la ocupación en estos territorios es debido a las dinámicas económicas y de asentamiento particulares que se dieron en los años 50 en Bogotá¹ (19). Adicional a lo anteriormente mencionado, estas actividades económicas se basan en la venta informal de calzado, el ejercicio de la mecánica automotriz, el desarrollo de artesanías de cobre, la lectura de la mano y la confección de Ropa Tradicional. (14)

¹ Análisis de Condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad de las poblaciones diferenciales, Rrom o Gitano. Equipo ACCSYE año 2020

Tabla 5. Autorreconocimiento étnico, Localidad de Kennedy, año 2018

Autorreconocimiento Étnico	Mujeres	Hombres	Total	%
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	5.151	5.082	10.233	80,1
Indígena	1.038	1.020	2.058	16,1
Rrom (gitana)	176	174	350	2,7
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	46	49	95	0,7
Palanquero de San Basilio	13	20	33	0,3
TOTAL	6.424	6.345	12.769	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.

Para la localidad de Kennedy, la concentración poblacional indígena corresponde a menos del 5%, en donde se evidencian algunos asentamientos por parte del pueblo de los Pastos cuyos lugares de procedencia son los departamentos de Nariño y Putumayo, y provincia ecuatoriana de Carchi, los cuales se reconocen como pueblo binacional (19).

Comunidades Negras Afrocolombianas, Raizales, Palenqueros -NARP-

En el Distrito, según la información suministrada para el año 2019 hay una representatividad importante de las comunidades Negras y Afrocolombianas con 8.350 individuos. Esta población presenta un tipo de pirámide poblacional con una base ancha frente a unos grupos superiores que se van reduciendo hasta terminar en forma de pico, lo que refleja una natalidad alta y una mortalidad progresiva según la edad; indicando una estructura de población eminentemente joven y con perspectivas de crecimiento, lo cual es positivo ya que refleja una población productiva, mayor mano de obra para trabajar sin tener la carga del Estado con respecto a los adultos mayores. Hay una 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) (20).

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% (20).

De acuerdo con los resultados de la EMP 2021, 52.320 personas se auto reconocen como población negra afrocolombiana residente en la ciudad de Bogotá, de los cuales en Kennedy residen 16,9% (n= 8.817), catalogándose como la principal localidad del distrito que alberga esta población, concentrándose en la UPZ Patio Bonito 5,7% (n= 2972), Castilla y Bavaria con 2,8% (n=1460), Gran Britalia 1,7% (n= 898) y Calandaima 1,3% (n= 656) (21).

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 (22).

En este sentido, se identifica que la puerta de entrada a Bogotá se da por la zona sur occidente, particularmente por el Terminal de Transporte Salitre, y Kennedy es la principal localidad de llegada en la Subred. Posteriormente, la precariedad en recursos económicos los conduce a buscar zonas periféricas y de bajo impacto económico como Soacha, Bosa, Kennedy y Ciudad Bolívar. También lo han identificado otros casos de estudio sobre población migrante donde “el 79% de los venezolanos vive en estratos 2 y 3 en localidades como Kennedy 14,6% Suba 14,3%, Bosa 10,3% y Engativá 10,3%” (23). Por lo anterior, en la localidad de Kennedy, en el Barrio Britalia en 2021 se abrió un centro distrital de integración y derechos a Migrantes, Refugiados y Retornados (CEDID). (14)

De acuerdo al diagnóstico Bases del Plan de Desarrollo local 2021-2024, en el primer semestre de 2019, se identificó que las personas migrantes venezolanos tienen a Kennedy como una de las primeras localidades de residencia con una presencia de 4.036 migrantes venezolanos, lo que corresponde al 9,2% en la distribución de esta población en todo el distrito ocupando el segundo lugar después de la localidad de Santafé.

1.5. Acceso a servicios y bienes

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

La localidad de Kennedy cuenta con un total de 698,10 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 Kennedy se encuentran vías como Malla vial arterial, Malla vial intermedia y Malla vial local; así mismo, se encuentran avenidas principales pertenecientes a la malla vial arterial tales como la avenida Las Américas, AC 26 SUR, AC 43 SUR, AK 86, AK 72, y AK 68 (9).

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 892 paraderos que le dan acceso a la población a 115 rutas del SITP y dos troncales de Transmilenio: una trocal de Transmilenio por la Autopista Sur con 1 portal con 2 estaciones en su frontera con la localidad de Tunjuelito y la otra que va por toda la avenida Las Américas hasta la Avenida Ciudad de Cali en donde llega hasta el portal del mismo nombre y cuenta con 7 estaciones. El resto de población que no está cerca de 500 metros de estas estaciones en las cercanías de los portales Américas, Sur y de la estación Banderas accede a las troncales a través de alimentadores que llegan a los lugares indicados.

Adicionalmente la población de las UPZ 81 Gran Britalia y 83 Las Margaritas cercanas a la frontera con Bosa podrán acceder a la troncal de Transmilenio de las Américas por medio de 2 nuevas estaciones las cuales ya se encuentran en la etapa final de construcción con la ampliación de la troncal Américas por la Avenida Ciudad de Cali. Así mismo la población que reside cerca de la AK 68 en las UPZ 4 5 Carvajal, 44 Américas y 113 Bavaria podrán acceder a la troncal de Transmilenio en construcción en esta vía arterial por medio de 7 estaciones.

El metro de Bogotá que se encuentra en construcción para la primera línea tendrá acceso a 6 estaciones en la localidad ubicadas 3 en la avenida Villavicencio y 3 en la avenida Primera de Mayo.

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 el límite con la localidad de Bosa en el río Tunjuelo cruzando la avenida Boyacá y el barrio Nueva York en la UPZ 45 Carvajal hasta llegar a la intersección de las AK 68 y Primera de Mayo en donde se une a la primera línea del metro y a la troncal AK 68 de Transmilenio, ambas en construcción, por medio de la conexión de las estaciones de estos dos medios de transporte en obra, 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 garantice de esta forma la funcionalidad del Distrito Capital en el marco de la red de ciudades del Plan de Ordenamiento Territorial –POT–.

La plataforma de servicios de cuidado y sociales de la localidad está conformada en primer lugar por los Centros de Salud y Hospitales de la red pública de salud pertenecientes a la Subred Sur Occidente, las sedes que ofertan servicios de salud en la localidad están distribuidas así: dos hospitales uno en la UPZ 48 Timiza, el otro en la UPZ 78 Tintal norte y 12 Centros de Salud de los cuales 4 se localizan en la UPZ 45 Carvajal, 2 en la UPZ 80 Corabastos y de a un centro en las UPZ 78 Timiza, 81 Gran Britalia, 82 Patio Bonito, 79 Calandaima y 78 Tintal Norte; adicionalmente la distancia promedio entre sedes en auto de 2,4 km y a pie es de 2 km, con solamente 6 sedes que están por debajo de 1 km permitiendo una accesibilidad

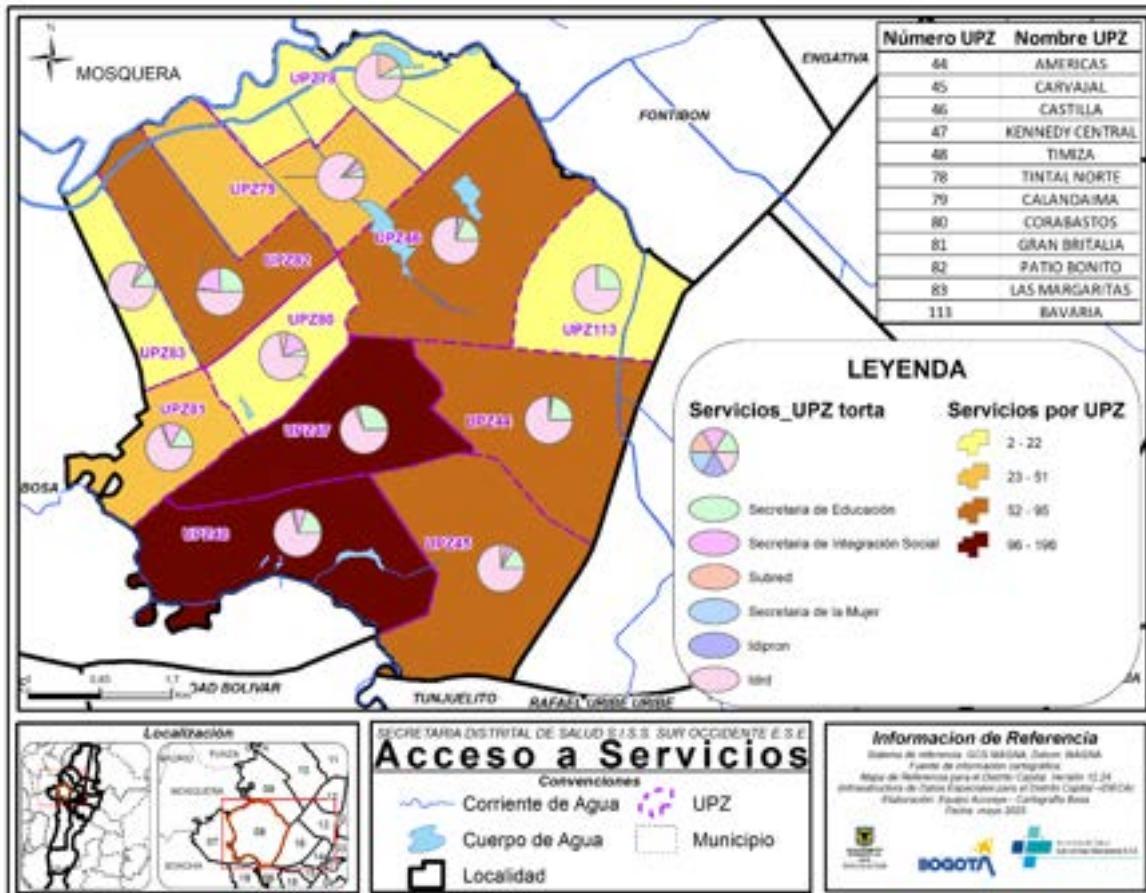
universal peatonal a la población cercana a estas sedes (24). Así mismo en esta plataforma de servicios de cuidado y sociales se tienen también a las Manzanas del Cuidado, las cuales permiten un acceso a la población residente a 800 metros del equipamiento ancla a la oferta de servicios que se proporcionan desde este punto o en otros equipamientos que se encuentren en el radio de 800 metros del equipamiento ancla; la localidad de Kennedy cuenta con 2 manzanas del cuidado ubicadas en las UPZ 48 Timiza y 82 Patio Bonito y cuyos equipamientos ancla son CDC Lago Timiza y el CDC Bellavista, respectivamente (9) (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 47 Kennedy Central, sin embargo, hay zonas destacadas en la UPZ 44, 46, 48 y 82 en donde hay una oferta zonal importante. Por su parte las otras UPZ para los bienes y servicios que no estén en su ubicación la población se desplaza hacia la UPZ 47 o a otras localidades cercanas.

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 (9) en la localidad se encuentran 559 parques pertenecientes al sistema distrital de parques la localidad (ver Mapa 9).

Mapa 9. Acceso a Servicios de la localidad de Kennedy, 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 Kennedy posee potencialidades relacionadas con su localización estratégica y la presencia de las 3 distintas áreas de suelo, sin embargo, presenta algunas problemáticas ambientales relacionadas con la existencia de puntos de arrojo clandestino de residuos sólidos, especialmente en la UPZ 80 Corabastos, los cuales pueden favorecer la formación de malos olores.

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

Finalmente, Kennedy 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 población indígena, vale la pena resaltar que la población LGBTIQ+, se destaca del resto ya que tiene gran representatividad a nivel distrital y local, razón por la cual existe una amplia oferta institucional para esta población y sus necesidades, entre ellas la *Casa LGBTI Edward Hernández*, la cual brinda asesoramiento jurídico y acompañamiento psicosocial a esta población, estas potencialidades han permitido el asentamiento de esta población en la localidad.

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

Procesos económicos

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

La OMS define los determinantes sociales de la salud -DSS- como "*las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana*". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Estas condiciones, pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, considerándose como inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad (25).

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

2.1. Dimensión socio económica

Conflictos estructural

Las ideas del desarrollo nacen con los modelos económicos que proponen las sociedades capitalistas - neoliberales², donde se estimula el crecimiento de tecnologías y conocimientos científicos en aras de maximizar la productividad y los objetivos privados. Bogotá, al ser una ciudad en vías de desarrollo, ha adoptado las perspectivas del desarrollo afines a este modelo, las cuales también implican procesos de expansión de la libertad individual, homogeneización de discursos y hábitos de vida que terminan por suprimir de forma estructural otras formas alternativas de vida social.

Desde la perspectiva de Amartya Sen la *libertad* se define como la capacidad de los individuos para lograr sus objetivos particulares, los cuales están regidos bajo un conjunto de condiciones y oportunidades. Al ser *La libertad* el fin y medio para el desarrollo, los estados, por medio de sus instituciones buscan garantizar principalmente la libertad del sector productivo y la consecución de los objetivos económicos individuales (26); es decir que buscan reducir las brechas sociales para superar los diferentes estadios de pobreza que afectan a la sociedad, clasificados en: *Absoluta* en casos donde no se pueden cubrir las necesidades básicas como alimentación, agua potable, vivienda o salud, *Material*, en aquellas situaciones en las cuales los ingresos son suficientes para cubrir necesidades básicas, pero insuficientes para cubrir emergencias o eventualidades. La pobreza *Relativa* hace referencia a la carencia de recursos en comparación con el nivel de vida e ingresos promedio de la sociedad. (27).

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

Para este acápite se realizará un análisis de la posición socioeconómica basada en: 1) Ingresos; 2) educación; 3) ocupación. Estas dos primeras variables se pueden considerar como resultado del propio

² 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.

proceso de estratificación social, mientras que la ocupación es el indicador más próximo a esa estratificación. Por lo anterior, el análisis de estas categorías permite comprender cómo la posición socioeconómica afecta a la salud en la localidad de Kennedy.

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 trabajo, al ser un determinante social de la salud, contribuye en gran medida al desarrollo de las desigualdades sociales en salud entre la población adulta (28).

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 Kennedy, la TGP en el 2021 fue de 64,4% encontrándose por encima de la distrital (63,7%) y ubicándose en la posición 8, esta tasa fue más alta en hombres que en mujeres (para todas las localidades) (29) (ver anexo 1)

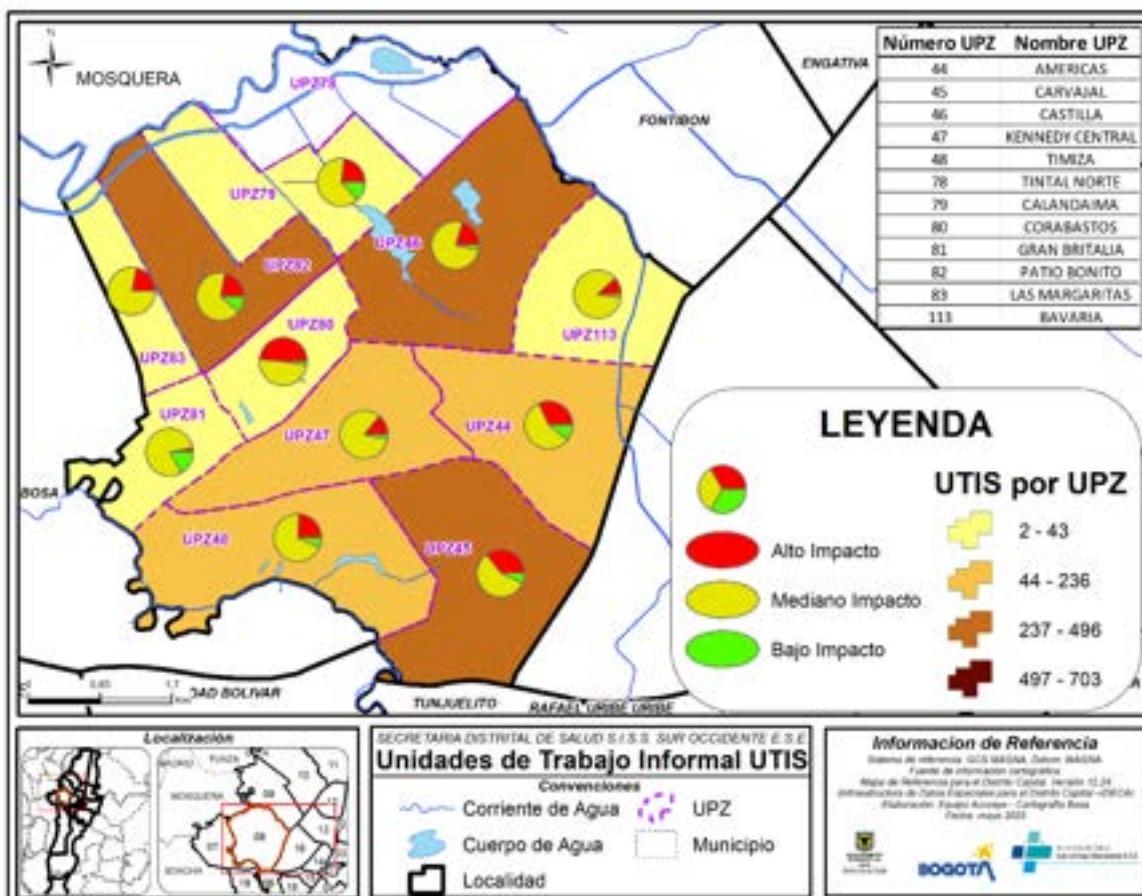
La tasa de ocupación es otro de los principales indicadores del mercado laboral. Se obtiene relacionando el porcentaje de la población ocupada y el número de personas que integran la población en edad de trabajar -PET-. Según la encuesta multipropósito del año 2021, para la localidad de Kennedy se registró una tasa de ocupación de 53,8% presentando una disminución de 5,6% respecto al 2017 ya que presentaba una tasa de ocupación del 59%.

Por otra parte, Kennedy para el 2021 registró una tasa de desempleo de 16,5% presentando un aumento de 8,7 p.p. respecto al 2017, cuando presentaba una tasa del 7,8%; 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 8, lo anterior, puede deberse al hecho de ser una de las localidades más pobladas de Bogotá. (29) (ver anexo 1). Adicionalmente, existe una gran presencia de microempresas y negocios enfocados en los colchones, muebles, latonería, plástico, también existen negocios informales dedicados a la mecánica, ornamentación, metalmecánica, maderas y confección, también existen negocios enfocados en la separación y reciclaje de residuos, particularmente en la UPZ 45 Carvajal, UPZ 80 Corabastos y UPZ 82 Patio Bonito, en la UPZ 45 Carvajal, también hay una presencia de zonas de consumo de alcohol y ventas callejeras y en la UPZ 80 se encuentra la central de abastos más grande del país, Corabastos, en la cual también se concentran las actividades económicas relacionadas con el reciclaje y la informalidad.

Es posible que las altas tasas de informalidad en la localidad persistan a través del tiempo debido a que permite que los empleadores no tengan que afiliar a los trabajadores al Sistema General de Seguridad Social Integral. (14)

La compleja situación laboral también ha afectado negativamente a la población más joven de la localidad, debido a que la falta de empleo no solo dificulta al sustento económico de estos, sino la realización de sus proyectos de vida personales, exponiendo a esta población en una mayor medida a la delincuencia, el consumo de sustancias psicoactivas o a la habitanza en calle. Por la anterior razón la Secretaría de Integración Social ha adelantado actividades en la casa de la juventud IWOKA en el marco de la política pública de la juventud para el acompañamiento, protección de la población y desarrollo de proyectos de vida. (14)

Mapa 10. Unidades de Trabajo Informal en la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2023 - 2024



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

A través del Entorno Cuidador Laboral, se realiza una vigilancia y categorización de las Unidades de Trabajo Informal -UTIS- de acuerdo a los riesgos que el desarrollo de las actividades involucra para los trabajadores y el entorno. Las UTIS de alto impacto, son aquellas en las que los trabajadores se encuentran en contacto con sustancias químicas, las de mediano impacto son aquellas en las que se realizan procesos para la transformación de materia prima o prestación de servicios y las de bajo impacto son aquellas en las que se realizan venta o prestación de servicios en la calle. En la localidad de Kennedy en los años 2023 a 2024 las UTIS de alto impacto se ubicaron principalmente en las vías principales y cercanas a estas en 8 de las 12 UPZ y al interior de 11 de estas ubicadas en vías intermedias de acceso a los barrios de mayor concentración comercial, siendo la UPZ 82 la de mayor concentración no solo para las de alto impacto sino para las dos siguientes; las UTIS de mediano impacto tienen una distribución en las vías intermedias de ingreso a los barrios donde hay una concentración de actividad comercial; 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 10 UPZ (ver Mapa 10).

En cuanto al trabajo formal, se vienen desarrollando actividades de comercio formal orientadas hacia el sector mecánico y automovilístico en la UPZ Tintal Norte, además de un aumento en la demanda de medios

de transporte informales para el desplazamiento dentro del sector, brindados por la población migrante, cuyo impacto no solo ha sido ambiental debido al aumento en la contaminación del aire, ya que la ausencia de espacio público y el mal estado de las ciclorutas también han aumentado las tensiones entre los peatones y ciclistas, derivando en muchos casos en accidentes de tránsito cuyas consecuencias han derivado en lesiones e incluso la muerte. Por otro lado, este aumento de las actividades económicas en la localidad también ha sido directamente proporcional con el aumento de la percepción de inseguridad, particularmente de los hechos relacionados con el hurto, asaltos y rasponazos. (14)

Indicadores de pobreza y percepción sobre condiciones de vida

De acuerdo con la Encuesta Multipropósito 2021, en la localidad de Kennedy la mayor proporción de la población corresponde a estrato 2 con el 53,9%, seguido del 42,1% estrato 3 y el 1,6% restante corresponde a estrato 1; importante resaltar el 2,4% de la población que corresponde a estrato 4. De otro lado, en relación con la suficiencia de ingresos del hogar, el 60,6% manifestó que los ingresos solo cubren los gastos mínimos, mientras que el 25% considera lo contrario, que los ingresos no alcanzan para cubrir los gastos mínimos. Adicionalmente, el 31,6% de los hogares se consideran pobres (ver anexo 1). Adicionalmente, siguiendo la información suministrada por los documentos de Lectura Integral de Realidades publicados por la Secretaría De Integración Social entre noviembre de 2021 y julio de 2022, la mayor parte de los hogares de la localidad son estrato 2-el 48%- y 3-el 38%-; varios de los cuales presentan condiciones de deterioro urbano, problemas estructurales y hacinamiento. Por otro lado, en la localidad también existe una pobreza oculta o vergonzante en 449 personas, incluyendo algunas personas adultas mayores y otras del sector LGBTI en los barrios Carvajal y Floralia. (14)

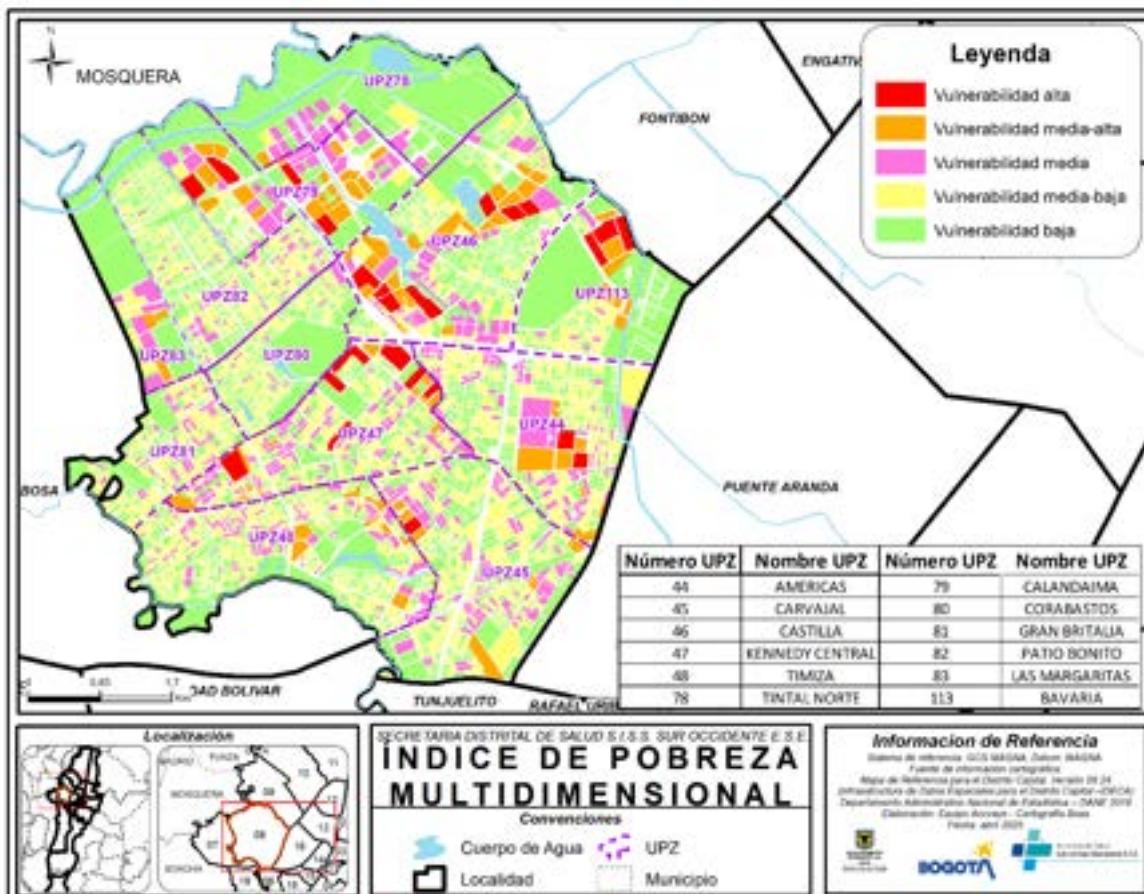
La pobreza Multidimensional es definida como una ampliación del concepto de Pobreza, teniendo en cuenta no solo las privaciones materiales, sino las privaciones en capacidades, empoderamiento y oportunidades. En otras palabras, define la pobreza como la presencia de privaciones no solo en términos de ingresos económicos, sino teniendo en cuenta las condiciones educativas, calidad de vida y ambiente, condiciones de empleo, el estado de salud, la condición de vivienda y el acceso a servicios públicos. (30)

Por otro lado, siguiendo la información Suministrada por SaluData, para el año de 2023, el índice de pobreza multidimensional en Bogotá se ubica en 3,6. teniendo como principales privaciones en los hogares Bogotanos el trabajo informal (53,2%), bajo logro educativo (20,5%), rezago escolar (19,9%) y el Desempleo de Larga Duración (14,7%). Para la localidad de Kennedy, el coeficiente de Gini se encuentra en 0,50, este coeficiente es muy cercano a la media distrital de 0,53, significando que existen altos niveles de desigualdad monetaria en la localidad. (31)

Así mismo, siguiendo el Diagnóstico local de Kennedy, realizado por la Secretaría de Integración Social, con corte al 4 de diciembre de 2023, el 44.4% (34.659 personas) de la población a la cual se le aplicó la encuesta SISBEN, están categorizados en el grupo C de vulnerabilidad, el 37.5% (29.212) en el grupo B o en pobreza moderada, el 9.1% (7.121) en el grupo A o de pobreza extrema y el 9% (7.003) en el grupo D o de población pobre no vulnerable. (14)

El Índice de Pobreza Multidimensional -IPM- por manzana en la localidad se comporta de una forma heterogénea encontrando que las manzanas con vulnerabilidad alta y media alta, media corresponden a Propiedades Horizontales -PH- de Vivienda de Interés Social -VIS- en estratos 2 y 3; mientras que para las manzanas con vulnerabilidades media baja y baja su comportamiento es homogéneo y de mayor predominancia en toda la localidad. (ver Mapa 11).

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



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

Acceso a servicios públicos

En cuanto al acceso de los hogares a los servicios básicos se encuentra que adicional de los ingresos per cápita de los hogares se tiene presente las características del hogar y condiciones de sus integrantes considerando variables planteadas desde el enfoque de capital humano y de capacidades: Desempleo, Edad del jefe de hogar, Madre cabeza de hogar (hogar monoparental con jefatura femenina), Nivel educativo, Personas en situación de discapacidad en el hogar, forma de tenencia de la vivienda, hacinamiento, condiciones de desplazamiento. (32)

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.

De acuerdo con la Encuesta Multipropósito 2021 la cobertura de servicios públicos de la localidad de Kennedy fue del 100% para electricidad, acueducto y gas natural, para alcantarillado y recolección de basuras fue de 99,9% y 98,7% respectivamente (33) (ver anexo 1). Siguiendo la misma fuente, En promedio

para la localidad de Kennedy, los ingresos mensuales de los hogares son de \$2'711.114 pesos. (34) lo anterior contrasta con los gastos promedio mensuales de los hogares en Bogotá, estimados en un valor de \$3'116.273 mensuales. Lo anterior implicaría que en Kennedy, los ingresos promedio mensuales no alcanzarían a cubrir las necesidades básicas de vida, incluyendo arriendo, servicios y alimentación (35).

En la localidad, el 93,8% de los hogares -364.632- son exclusivamente viviendas, y, el 6,2%-23.928- restante se utilizan con fines comerciales, haciendo de Kennedy la localidad del Distrito con mayor número de hogares dedicados al comercio, y, en general, los hogares unipersonales ocupan el 10.2% de todos los hogares de la localidad, lo cual contrasta con el promedio general de esta, ya que estarían constituidos por 3,36 personas, y de estos últimos, se tendría una jefatura femenina en un 35.3% de los casos (14).

El uso del suelo en la localidad está destinado principalmente a la vivienda, predomina la vivienda del tipo No Propiedad Horizontal y existe una clara tendencia al alza durante la última década en la construcción de vivienda de propiedad horizontal, además del establecimiento de viviendas destinadas a las personas reinsertadas, lo cual ha aumentado las tensiones entre vecinos y núcleos familiares dentro de la localidad, conllevando en algunas situaciones el desplazamiento de estos núcleos familiares en las UPZ 83 Las Margaritas y UPZ 81 Gran Britalia a desplazarse hacia la localidad de Bosa. En estas situaciones también han influido otros cambios estructurales en la localidad, relacionados con la construcción del Patio Taller, el portal de la primera línea del Metro y el establecimiento de asentamientos informales cerca del río (14).

De otra parte, en la zona que rodea a la avenida Primero de Mayo, han ocurrido procesos en los cuales las viviendas se han transformado en establecimientos comerciales, en los cuales la ausencia de planeación y control del espacio público han favorecido su proliferación, particularmente alrededor del centro comercial Plaza de las Américas y el parque Mundo Aventura, en donde estos establecimientos como bares, moteles, amanecederos, bancos, funerarias y ventas callejeras han provocado situaciones de deterioro ambiental y problemáticas relacionadas con hechos de violencia, trabajo infantil, pandillas, microtráfico y prostitución, principalmente de población migrante y LGBTIQ+ (14).

Condiciones ecológico-ambientales

Siguiendo la información suministrada por la Secretaría de Salud -SDS- en su informe de Comprensión Territorial de Kennedy del año 2025, esta localidad en el año 2022 contaba con 126.039 árboles, equivalente a un promedio de 0,12 habitantes por árbol, además, señala que lugares como parques, canales, zonas de manejo y preservación ambiental se convirtieron en lugares de conflictos sociales y ambientales producto de la mala disposición de basuras, además de presentar otros hechos de contaminación relacionados con el vertimiento de desechos orgánicos al río, generación de material particulado y una ausencia de prácticas de reforestación y conservación. Estos problemas ambientales han provocado la presencia de malos olores y concentración de insectos, particularmente en las zonas cercanas al río Bogotá y en las UPZ Calandaima, en la cual las personas que habitan la localidad reportan que sufren enfermedades respiratorias (14).

La localidad también presenta otras problemáticas ambientales asociadas al desarrollo urbanístico, el aumento de la contaminación atmosférica producto del alto flujo vehicular, especialmente en vías arteriales como la avenida Boyacá(AK72), Ciudad de Cali(AK 86) y Las Américas, además de la ausencia de zonas verdes, pocos espacios de recreación para la promoción de la salud mental y física, perdida del nivel de los espejos de agua, el empobrecimiento del suelo, la perdida de flora y fauna nativa, las anteriores problemáticas se han concentrado en las UPZ Timiza y la UPZ Castilla, en esta última se han documentado pérdidas ambientales en los humedales de El Burro y Techo. (14)

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 Kennedy para el 2022 fue de 159.926 habitantes, lo cual correspondía al 15,4% del total de PEE de la ciudad ($n=1.164.630$) ocupando la segunda posición con relación a las demás localidades. Las proyecciones de la PEE, es decir, aquella que se encuentra entre los 5 y los 16 años, muestran una reducción constante a una tasa promedio anual de 1,84% al pasar de 159.926 en 2022 a 148.472 en 2024. En las edades de 5 a 7 y 15 años se observan reducciones en todos los años, lo que se refleja en tasas de crecimiento negativas. Las edades entre 8 y 14 años, y la edad de 16 años, aunque se presentan incrementos de la población en uno o varios años, el resultado al final de quinquenio es negativo (36) (ver anexo 1).

De otro lado, para el 2022 el número de sedes que ofrecían educación oficial se concentra en los colegios distritales (95,4%), seguido de los colegios con administración del servicio con 4,5%, y el restante 0,1% se encuentra en los colegios privados con matrícula contratada (36).

Entre 2018 y el 2022, la tasa de cobertura bruta de la localidad mostró una tendencia decreciente siendo 2,6% menor el registro de 2022 en contraste con 2018, todos los años el indicador estuvo por debajo del 100%, por ende nunca supero el registrado por Bogotá. La mayoría de los niveles educativos registraron disminución en su tasa de cobertura al comparar 2018 y 2022, excepto media y secundaria que por el contrario mostraron un incremento de 5,0 y 1,6% respectivamente; el mayor decremento se registró en preescolar (8,7%), seguido de primaria (7,5%) (37) (ver Tabla 6).

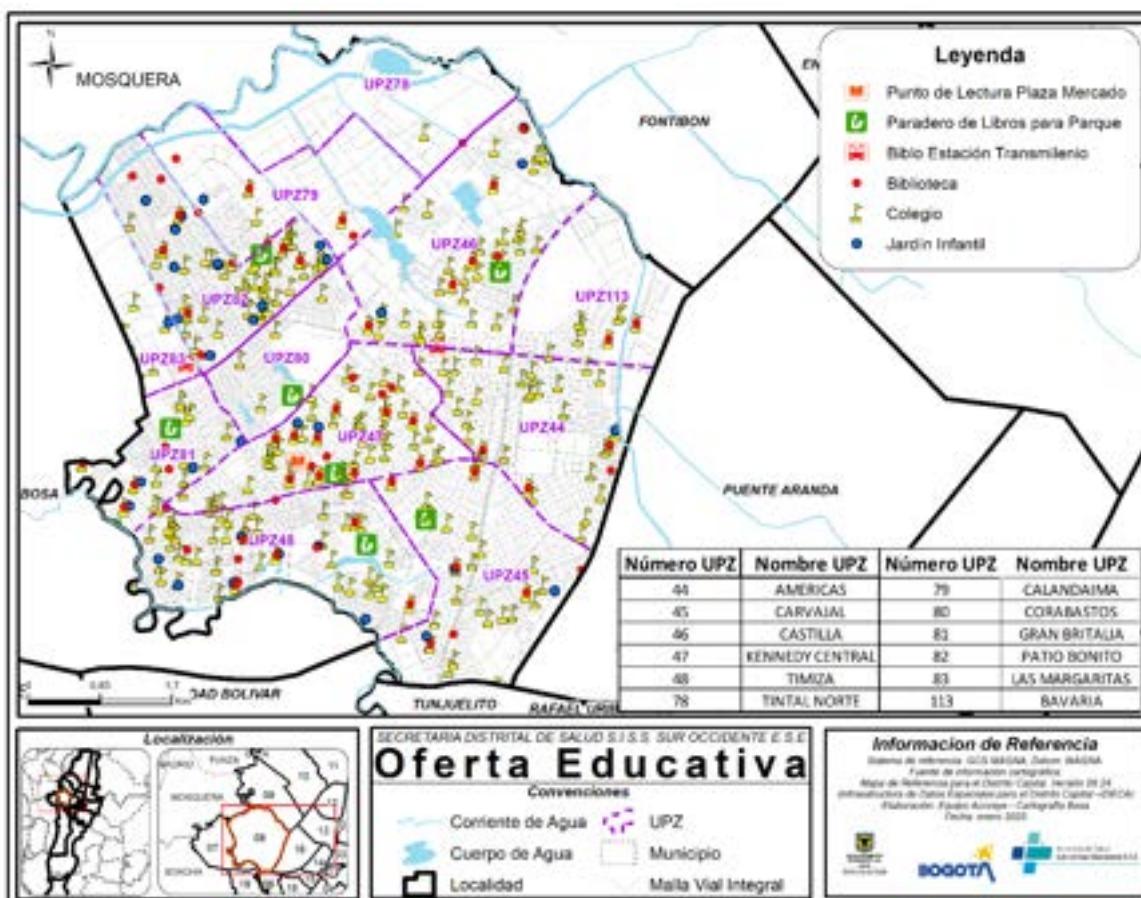
Tabla 6. Tasa de cobertura bruta por nivel educativo, localidad Kennedy, 2018-2022

Nivel Educativo	2018	2019	2020	2021	2022
Preescolar	83,5	83,5	80,0	73,6	76,2
Primaria	102,7	104,2	101,2	98,2	95,0
Secundaria	101,2	104,0	104,2	105,1	102,8
Media	80,5	80,9	82,8	85,0	84,5
Kennedy	96,7	98,3	97,3	96,2	94,2
Bogotá	107,6	106,1	103,0	101,3	99,1

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

La distribución de la oferta educativa se concentra en las UPZ 44 a la 48, 81, 82 y 113, en colegios y bibliotecas dada la demanda poblacional en ellas; para jardines la concentración se da en las UPZ 48, 81 y 82; en la UPZ 79 hay una desproporción entre colegios y bibliotecas que son mayoría y jardines que apenas hay 1, sin embargo los pocos colegios (3) en esta UPZ se compensan con ser mega colegios con mayor capacidad de escolarización a población escolar, contrario a lo ocurrido en la UPZ 80 con 4 colegios que no permiten la cobertura total de la población escolar en esta. Adicionalmente a la oferta de anterior se complementa con paraderos de libros para parque con presencia en las UPZ 45 a la 48 y 80 a la 82, un punto de lectura en la plaza de mercado en la UPZ 47 y dos biblio estaciones de Transmilenio en la estación Banderas y en el Portal Américas, en donde la población escolar puede acceder a material de lectura (ver Mapa 12) (9).

Mapa 12. Oferta Educativa en la localidad de Kennedy, 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 cuales, 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. (28).

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. (28).

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 (28).

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. (28).

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. (28).

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 (28).

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

2.2. Dimensión de género

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

Según la OMS el *género* se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. Este, es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas. Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas (incluidos los conceptos de masculinidad o feminidad), los roles o responsabilidades, suelen ser objeto de estigmatización, y discriminación, todo lo cual puede afectar negativamente a la salud (38). Mientras que el *sexo* se comprende como una categoría construida culturalmente desde discursos biológico-médicos, los cuales clasifican e interpretan los cuerpos de las personas en: mujeres (cuerpos con vulva) y hombres (cuerpos con pene); invisibilizando la diversidad de los cuerpos que no necesariamente se ubican en el binarismo, cómo las personas con estados intersexuales (39).

Ahondar en el efecto y la consecuencia que conlleva el género como determinante en la salud implica, por consiguiente, cuestionar las normas, expectativas y funciones sociales, aumentando así la vulnerabilidad frente a los riesgos para la salud, especialmente de las mujeres. Esto último, resulta crucial para la

efectividad y materialización de políticas públicas que tengan por objeto caminar hacia la equidad en la salud, en tanto las mismas deben hacerse cargo del rol que cumple el género como determinante estructural de la salud. De allí, que muchas de las causas principales de morbilidad y mortalidad de las mujeres tengan su origen en las actitudes de la sociedad hacia ellas, lo que a su vez se refleja en las estructuras y los sistemas que establecen las políticas, determinan los servicios y crean las oportunidades (40). 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+

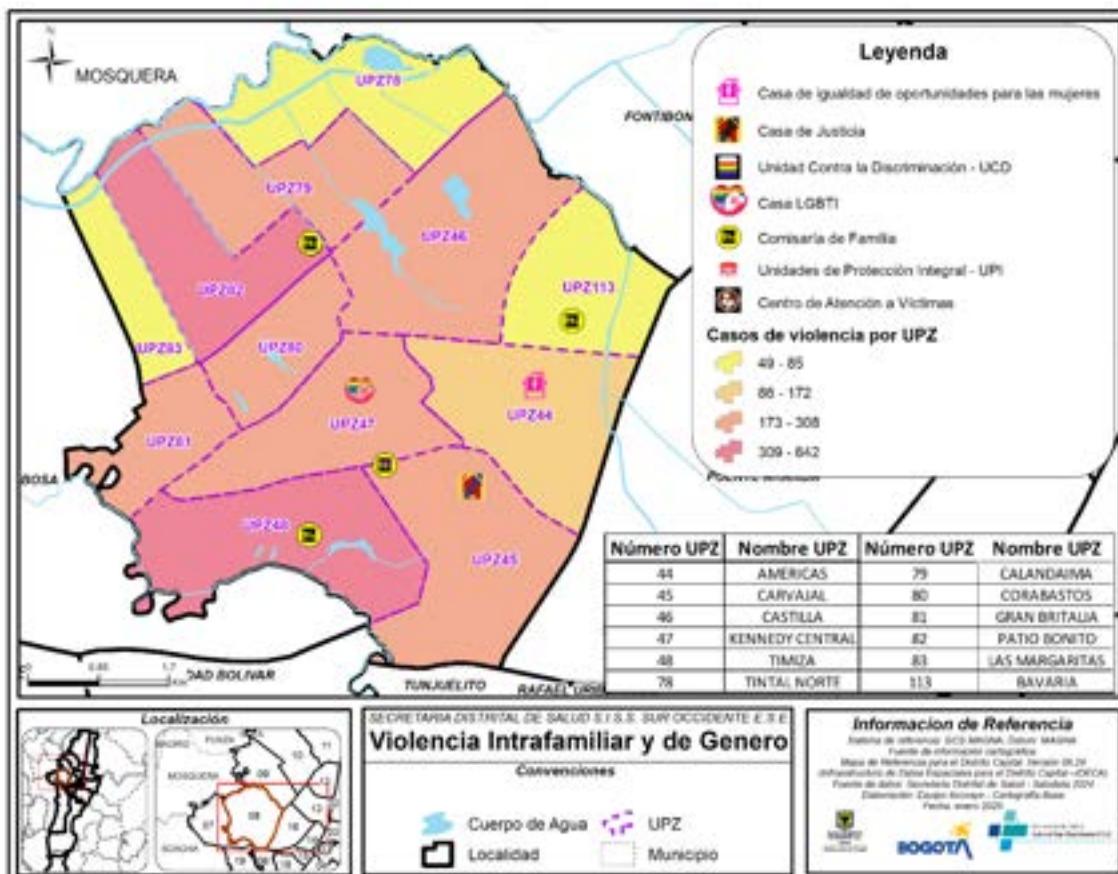
Partiendo de los principios de Yogyakarta, los cuales hablan sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual, mencionando que “los Estados deben facilitar el acceso de quienes buscan modificaciones corporales relacionadas con la reasignación 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 (39).

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

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 son su salud mental y bienestar social, debido al enfoque de atención en salud existente que prioriza otras problemáticas como las enfermedades de transmisión sexual como el VIH, los peligros de la autoadministración de hormonas o auto inserción de rellenos de tejido blando. En el ámbito de las Violencias Basadas en Género -VBG, para la población LGBTI en Kennedy, situaciones como el Rechazo social, educativo, familiar por su identidad de género u OSIEGCS y también la violencia física, no solo influyen a recurrir a la práctica de las Actividades Sexuales Pagadas -ASP- como una única fuente de ingresos, sino en un posible desarrollo de autoconcepciones negativas que pueden empujarlas también a concebir estas situaciones como normales e incluso, merecidas. (41).

Otro aspecto clave a destacar es el limitado acceso a opciones y ofertas laborales que esta población tiene, esta situación favorece el sustento a partir de otras actividades económicas como lo son el trabajo informal, las Actividades Sexuales Pagas -ASP-.

Mapa 13. Violencia Intrafamiliar y de Genero en la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2024



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

La oferta de servicios para atender las violencias intrafamiliares y de género en la localidad están concentradas en la zona oriental de la localidad (UPZ 44 a la 48 y 113) y con solamente una comisaría de familia al occidente en la UPZ 82, dejando a las UPZ 46 y 78 a la 83, excepto la 82, sin un lugar cercano para acceder a los servicios ofertados por la institucionalidad para atender esta problemática social por lo cual a la población se ve en la necesidad de trasladarse a otras UPZ de la misma localidad o de otras localidades (ver Mapa 13). Sin embargo, para destacar en la localidad de Kennedy se cuenta con una casa LGBTI que atiende a la población diferencial por violencias debido a su orientación sexual y/o identidad de género. (9) Por estas razones, algunos grupos de mujeres lesbianas y trans inciden activamente en la agenda local y participan de los servicios de distrito joven mediante esta oferta de servicios que la localidad posee. (14)

Adicionalmente, en la localidad de Kennedy, la población LGBTI posee un mayor riesgo de sufrir de situaciones relacionadas con la violencia de género, agresiones sexuales, discriminación, explotación laboral y el consumo de sustancias psicoactivas, estas situaciones al concentrarse particularmente en la UPZ Corabastos y en el sector de la avenida Primero de Mayo, constituyen este territorio como un territorio de conflictos. (14)

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

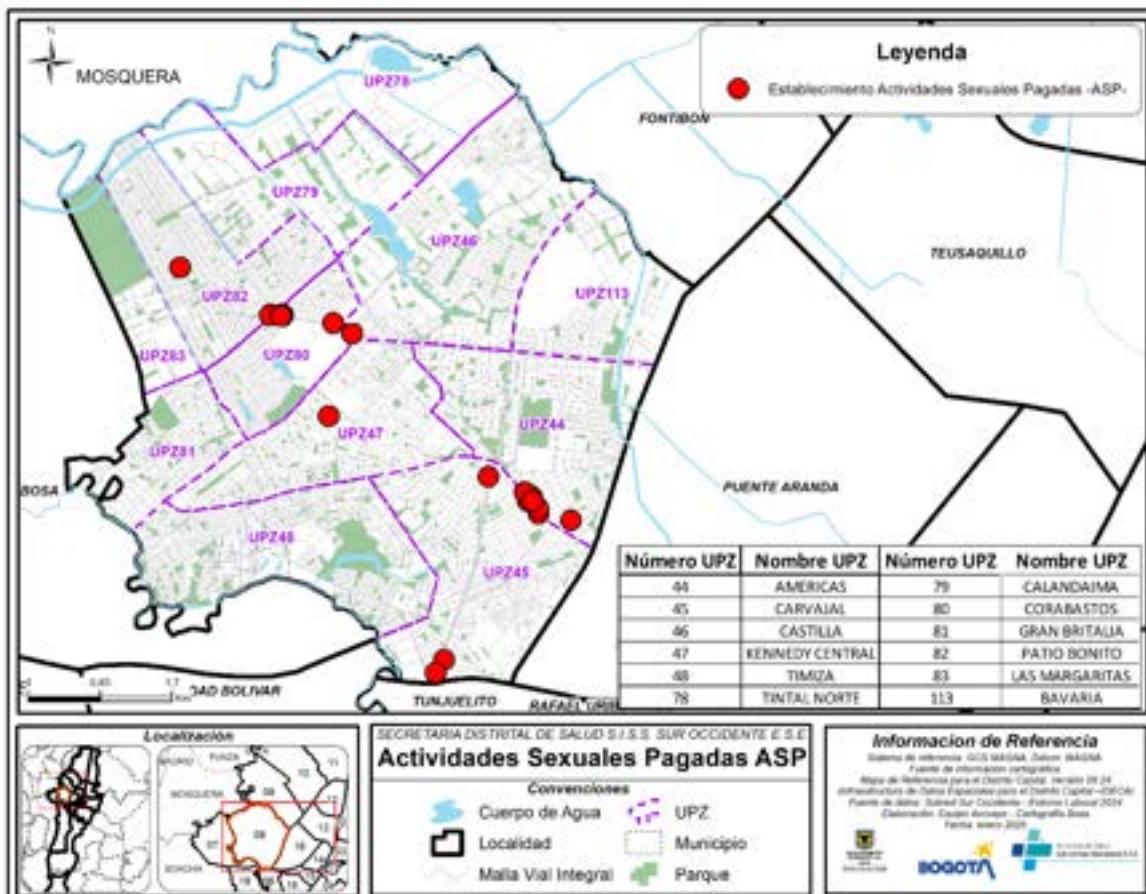
población que realiza ASP en la ciudad son mujeres cisgénero, dejando el 3,5% distribuido según identidad de género de la siguiente forma: 1,8% mujeres trans, 1,4% hombres cisgénero y 0,3% hombres trans. La interseccionalidad se convierte en un prisma esencial para comprender la diversidad presente en esta realidad, explorando aspectos como la edad, la identidad étnica, el estatus de víctima del conflicto armado y la conformación del hogar (42).

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, 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 (42).

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

En cuanto a la autopercepción de la experiencia de vida de las personas migrantes que ejercen ASP, las mujeres trans presentan una sensación mayor de temor con respecto a ser deportadas en comparación con las personas cisgénero migrantes que practican ASP. Lo anterior significaría que la población que ejerce ASP enfrenta un doble e incluso triple riesgo diferencial debido a su profesión, identidad de género y condición migratoria (42). Adicionalmente, entre otros factores de riesgo identificados para esta población que ejerce las ASP se encuentran la ausencia de ingresos mensuales estables, y la discriminación relacionada con la actividad que ejercen. Por otro lado, siguiendo los datos ofrecidos por el Informe del Entorno Cuidador laboral (Octubre a diciembre 2024), durante el desarrollo de las actividades se identifican diferentes aspectos de esta población, en primera instancia que, un gran porcentaje no mantiene hábitos de vida saludable, situación atribuida a su vulnerabilidad socioeconómica, tiempos y desinterés; segundo, el consumo de SPA al estar asociado a las dinámicas propias de las ASP no se identifica como problemático y finalmente, se evidencian afectaciones en la salud mental debido al ocultamiento de la actividad y el distanciamiento familiar (43).

Mapa 14. Establecimientos de Actividades Sexuales Pagadas en la localidad de Kennedy, 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 realizo acciones, se ubican con un patrón de tendencia en el distrito al situarse en predios localizados sobre vías arteriales, intermedias o aledañas a las dos anteriores en zonas con predominio del uso comercial o cercanas a estas y en algunos casos en donde en lugares de 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 44 a la 47, 80 y 82 en las zonas con las características descritas; en la UPZ 44 se localizan en el costado norte de la avenida Primera de Mayo entre las AK 68 y Boyacá; en la UPZ 45 al costado sur de la avenida Primera de Mayo entre las mismas carreras descritas para la UPZ anterior, uno al costado occidental de la avenida Boyacá pero cercano a la primera de mayo y otros dos al mismo costado de esa avenida pero cercanos a la autopista Sur; en la UPZ 46 en la manzana cercana a la central de abastos y a la AK 80; en la UPZ 47 por una vía intermedia de conexión entre la AK 80 y la avenida Villavicencio; en la UPZ 80 en la DG 38 sur cercanos a las puertas de la central de abastos colindantes a esta vía y cercanos a la avenida Ciudad de Cali y en esta misma vía; y finalmente en la UPZ 82 en la avenida Ciudad de Cali cercanos a la DG 38 sur y uno cercano a la avenida El Tintal (ver Mapa 14).

Mujer

De acuerdo con los resultados obtenidos en el documento realizado por las Subredes Integradas de Servicios de Salud en 2023 titulado “*Análisis de violencias de género en la prestación de servicios de salud*”, en lo que respecta a las mujeres, se evidencia violencia verbal y psicológica acompañada de violencia ginecobiobstetricia y sexual, generalmente en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva -SSR- ejercidos por el personal de salud. Dichas violencias incluyen comentarios e indagaciones relacionados con su vida privada y la negación de procedimientos de esterilización por razones personales, más no profesionales, utilizando así su posición de poder y posicionando a las mujeres en situaciones de riesgo frente a múltiples formas de violencia al crear barreras emocionales y psicológicas que dificultan aún más el acceso a servicios de salud. (44)

Según el Observatorio Nacional de Violencias de Género de Ministerio de Salud y Protección Social (45), 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 (46). En cuanto al sexo de la persona agredida, ambas fuentes coinciden en que las mujeres tienen la mayor representación (SIVIGILA: 74,9%; INML: 87,2%), donde las menores de 5 años son las más vulnerables a ser víctimas de agresión sexual debido a dinámicas relacionadas con la dominación que se puede ejercer sobre ellas. (47).

Para la localidad de Kennedy, siguiendo la información suministrada por el documento de Comprensión territorial del año 2025, para el año 2021, esta localidad contaba con 365.084 hogares con jefatura femenina, y, en el año 2022 se identificaron alertas en salud, desempleo-especialmente en mujeres cuidadoras-, hechos de violencia intrafamiliar, trabajo infantil y actividades sexuales pagas en la UPZ Calandaima, la cual es una de las más vulnerables de la localidad. (14)

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 (48).

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 (48).

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 entrampando el territorio (48). Un claro ejemplo de la territorialización en contextos urbanos, tiene que ver con la relación entre el desarrollo y la conservación del medio ambiente, ya que, se generan paradojas y confrontaciones discursivas; la búsqueda de un desarrollo industrial y la expansión del crecimiento urbanístico significa la destrucción de ecosistemas, especies y territorios. Esto implica la gentrificación de las poblaciones y por tanto mayores niveles de concentración y consumo de energías, donde finalmente se crean dependencias económicas, sociales, políticas y territoriales.

Ahora bien, frente a las afectaciones en salud se comprende que las características y organización del sistema sanitario en cada contexto se convierten en un determinante intermedio de la salud, especialmente a través de la accesibilidad y grado de utilización de los servicios sanitarios según se pertenezca a un grupo social u otro (28). Los factores que se asocian a la utilización que las personas hacen del sistema sanitario se describen con más detalle a continuación.

Cobertura de afiliación a salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- se creó mediante la Ley 100 de 1993, con el propósito de proteger de manera integral las contingencias que deterioran la salud y garantizando el acceso a los servicios de salud mediante el esquema de aseguramiento, con base en principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad (49). En la localidad de Kennedy la población asegurada con corte a diciembre de 2024 perteneciente al régimen contributivo fue del 74,8% (n=765.828), el 21,7% (n=222.021) se encuentra afiliado a régimen subsidiado y el 3,4% a régimen de excepción (n=34.952), para un total de 1.022.801, lo cual corresponde al 99,8% de la proyección poblacional para dicho periodo (50) (ver anexo 1).

Cobertura de vacunación

Las vacunas son fundamentales para proteger a las personas y sus comunidades porque previenen enfermedades. Contribuyen en la disminución de la propagación de enfermedades y evitan complicaciones graves o incluso la muerte, reduciendo la probabilidad de epidemias. Además, reducen la carga económica y sanitaria asociada a enfermedades infecciosas, que a largo plazo se puede destinar a la inversión en otros programas sanitarios o sociales. Adicionalmente son una herramienta crucial en la salud pública y han demostrado ser una de las intervenciones más exitosas y coste-efectivas en medicina (51).

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 Kennedy se observan los siguientes resultados:

Vacunación pentavalente en niños menores de 1 año con tres dosis: Desde 2013 hasta 2019 se registraron coberturas por encima de 87%, incluyendo la más alta en 2016 con 104,2%; sin embargo, a partir de 2020

se evidencian las coberturas más bajas iniciando en 69,4%, con leves incrementos año a año llegando a 75,5% en 2023. Por otra parte, para el primer semestre de 2024, la cobertura de este biológico fue del 44,4% (52).

Vacunación triple viral en niños de 1 año (primera dosis): Las coberturas a partir de 2013 y hasta 2020 muestran un incremento progresivo y en ese periodo se mantuvieron por encima del 83%, alcanzando su meta máxima en 2018 (108,5%); desde 2019 se observa descenso en las coberturas llegando a la cifra más baja en 2022 (68%), posteriormente en 2023 logra un incremento de 8,7% respecto al año anterior. El 2024, registra una cobertura de 37,5% para el primer semestre de año (52).

Vacuna triple viral (refuerzo en niños de 5 años): Las coberturas a partir de 2013 y hasta 2020 muestran un comportamiento estable, iniciando con las metas más bajas del periodo en 2013 (83%) y 2014 (76%), para posteriormente mantenerse por encima del 92% y alcanzar la cobertura más alta en 2018 (100%); finalmente, en 2022 desciende a 79% (52).

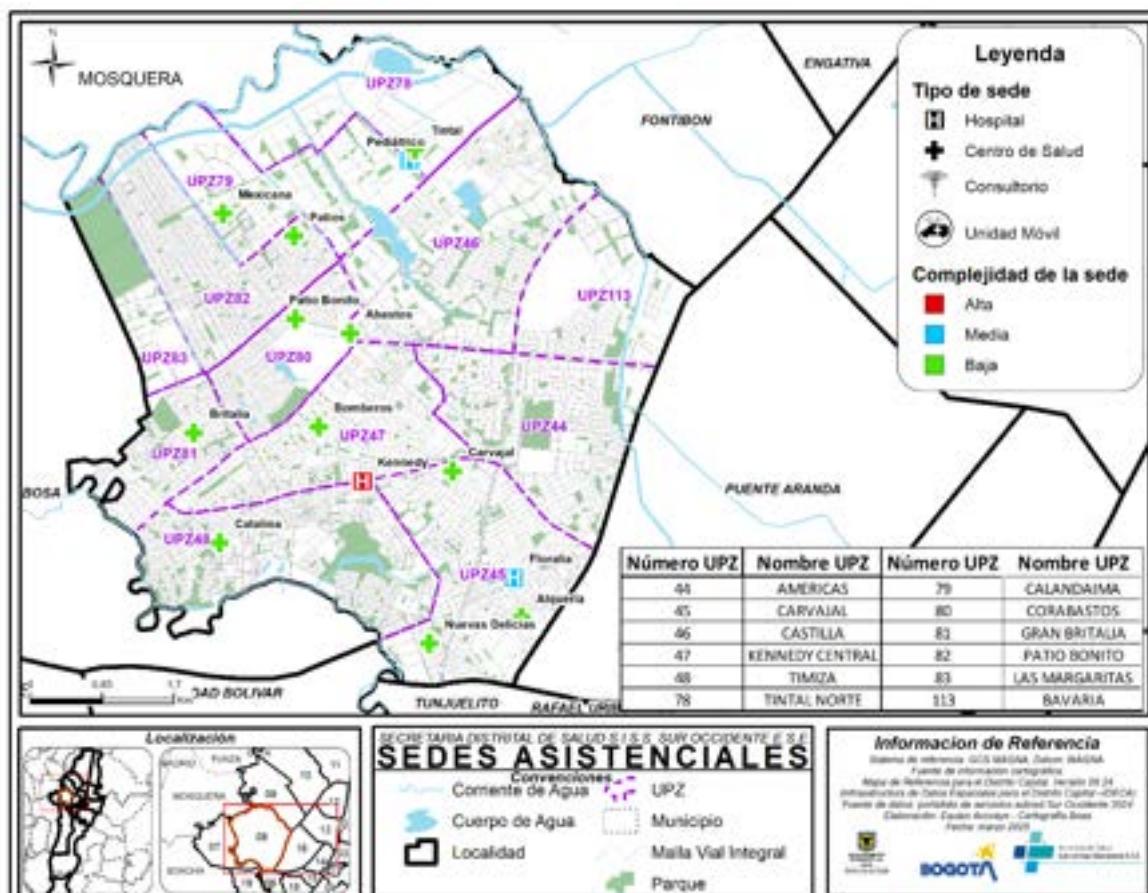
Vale la pena mencionar que, a partir de enero de 2023, el refuerzo de la vacuna triple viral dejó de ser un indicador trazador en niños de 5 años, esta vacuna se administra ahora a los 18 meses para garantizar las dos dosis requeridas a una edad más temprana.

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 79%, encontrándose 3,7% por debajo al Distrito (82%). Para el primer semestre de 2024, esta cobertura fue del 39% (52) (ver anexo 2)

Indicadores oferta de servicios de salud

Frente a la oferta de servicios de salud en atención prenatal, el 99,7% de los partos de la localidad de Kennedy, 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 69,4% de los partos del 2023 corresponden a mujeres afiliadas al régimen contributivo, seguido del 23,5% del régimen subsidiado; finalmente de los 7.611 nacimientos registrados en dicho año, el 89,8% reportaron haber tenido cuatro o más consultas prenatales durante la gestación (ver anexo 1).

Mapa 155. Sedes Asistenciales de la Subred Sur Occidente en la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2024



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

La oferta de servicios de salud se dio en 2024 en 14 sedes propias de la Subred Sur Occidente; de las cuales 11 sedes, con los hospitales pediátrico de Tintal y el mental de Floralia de media complejidad y con el hospital Occidente de Kennedy de alta complejidad. La mayoría de las sedes se ubican en la UPZ 45, las UPZ 46, 47 y 79 a la 82 cada una con una sede, las UPZ 48 y 78 con dos sedes y por último las UPZ 44, 83 y 113 que no tienen ninguna sede (24) (ver Mapa 15). Para la localidad se destaca la presencia de servicios de vacunación en el hospital occidente de Kennedy, el hospital Pediátrico Tintal, el centro de salud Alquería, el centro de Salud Bomberos, el centro de Salud Britalia, centro de salud Carvajal, centro de salud Catalina, centro de Salud Mexicana y el centro de Salud Patios. Para los servicios relacionados con la salud prenatal y postnatal se destacan el Hospital occidente de Kennedy, el centro de salud Tintal, el centro de salud Patios, centro de salud Mexicana, centro de salud Catalina, centro de salud Carvajal, centro de salud Britalia, centro de salud Bomberos, centro de salud Abastos y el centro de salud Alquería. Para los servicios relacionados con Neumología, se puede destacar el Hospital Occidente de Kennedy y el Hospital pediátrico Tintal. Las sedes disponibles en la localidad para la toma de muestras de laboratorio son el hospital occidente de Kennedy, hospital pediátrico Tintal, hospital de salud mental Floralia, centro de salud Alquería, centro de salud Bomberos, centro de salud Britalia, centro de salud Carvajal, centro de salud Catalina, centro de salud Mexicana, centro de salud Patios, centro de salud Patio Bonito y centro de salud Tintal. Para la salud de la población infantil, se destacan el hospital occidente de Kennedy y el hospital

pediátrico Tintal. Por último, para la salud Bucal, las sedes en las cuales localidad cuenta con servicios disponibles son el hospital occidente de Kennedy, el centro de salud Alquería, centro de salud Bomberos, centro de salud Britalia, centro de salud Carvajal, centro de salud Catalina, centro de salud Mexicana, centro de salud Patios y el centro de salud Tintal. (53)

2.4. Dimensión poblacional diferencial

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

Población en Habitanza en Calle

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 esta (54).

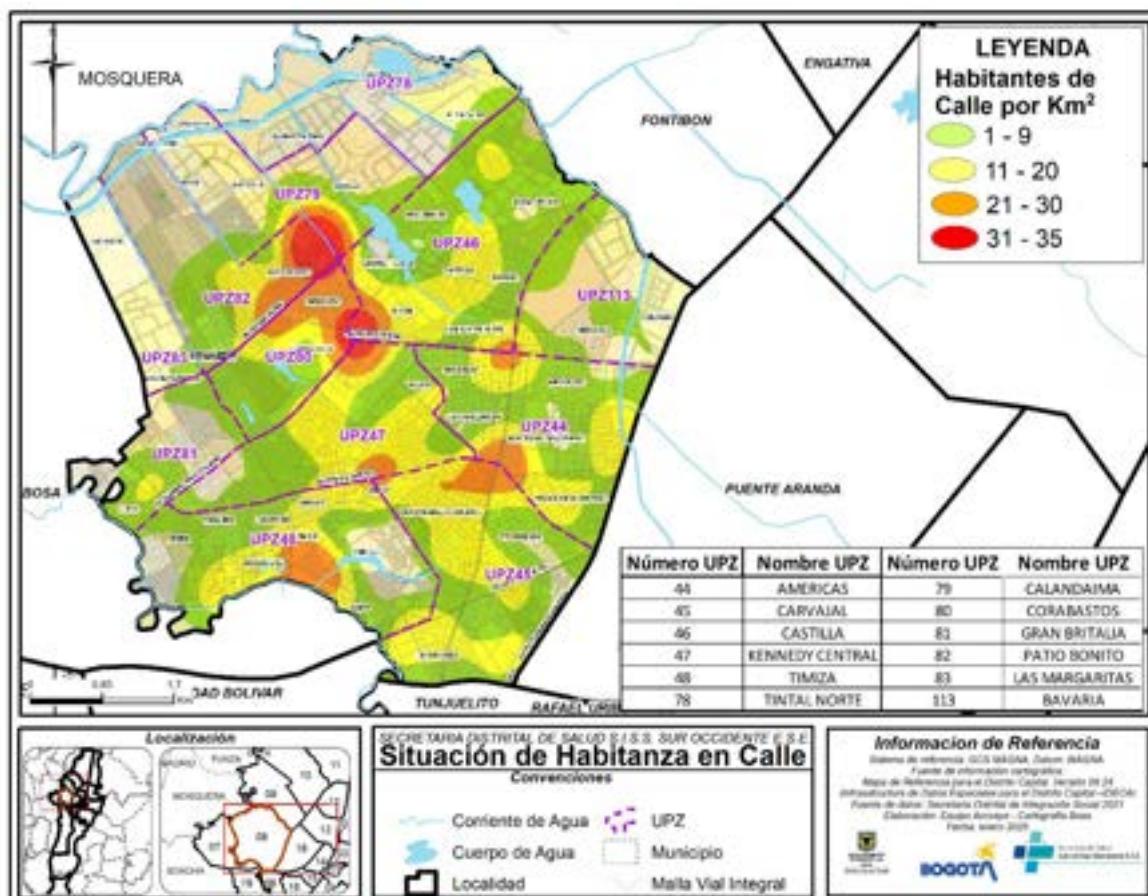
Según la *Política Pública Social para Habitantes de Calle 2021-2031*, la habitanza en calle es un fenómeno social urbano multicausal, caracterizado por el desarrollo de hábitos de vida complejos y no lineales asociados a la posición que ocupan estas personas en la estructura social (55).

Adicional a lo anterior, 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 (54).

Es importante mencionar que de acuerdo con el VIII Censo de Ciudadanos Habitantes de Calle -CHC- de Bogotá realizado en 2024, el 9,6% (n=1.005) de la población de Bogotá se ubica en la localidad de Kennedy, de estos ciudadanos el 91,1% son hombres y el 70,9% son personas con edades entre 29 y 59 años, seguido del 15,8% jóvenes de 18 a 28 años. Vale la pena resaltar que el 39,1% de la PSHC de Kennedy no nació en Bogotá, siendo esta localidad una de las que concentra mayores proporciones de personas de distinta procedencia a Bogotá en situación de habitanza en calle (56).

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 y escogen la como la forma de movilizarse (a pie o colados en el transporte público) (54). Para esta localidad, el carácter central de la localidad les facilita el acceso a otras localidades para realizar las labores de reciclaje y recolección, darse a conocer en la localidad para tener una ligera sensación de seguridad, y evitar las zonas de expendio. (15) Adicionalmente, las dinámicas comerciales de la localidad, las facilidades en el acceso a alimentos, dinero y material de reciclaje favorecen también su presencia en esta y el desarrollo de otras actividades que permiten su sustento cómo el cuidado de automóviles, el retaque -solicitud de monedas a los transeúntes- o las ventas de dulces en el transporte público. (14)

Mapa 16. Situación de Habitanza en Calle en la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024. Secretaría Distrital de Integración Social, 2021. Tomado del Documento Georreferenciación Bogotá 2021, SDIS

La presencia de PSHC en la jornada diurna se focaliza principalmente en dos zonas específicas: la primera en las UPZ 46, 47 y 80 teniendo como centro de esta concentración la plaza de mercado de las flores adyacente a la puerta 1 de la central de abastos, la segunda en las UPZ 79 y 82 teniendo como eje central el canal Américas en la AC 6 desde avenida Ciudad de Cali hasta la AK El Tintal; sin embargo, estas dos zonas al estar tan cercanas entre sí el área intermedia entre ambas también muestra presencia de PSHC. Además, hay cuatro zonas de concentración media: la primera en la frontera de las UPZ 44, 46 y 113 intersección de las avenidas Boyacá y Américas; la segunda en la frontera de las UPZ 44 y 45 en la intersección de las avenidas Boyacá y Primera de Mayo; la tercera en la frontera de las UPZ 45, 47 y 48 intersección de la avenida Primera de Mayo con la CL 40 sur; y la cuarta zona se ubica en el área correspondiente a la localidad de Kennedy del humedal Tingua Azul comprendido entre la avenida Villavicencio hasta el canal La Fragua y desde el río Tunjuelo hasta la CL 45 sur (ver Mapa 16). (57)

Migrantes

De acuerdo al Banco Mundial en su informe “Una mirada actual al contexto migratorio y sus determinantes sociales” del 2024, según los porcentajes de Pobreza Multidimensional para migrantes, principalmente para los venezolanos, el principal índice es la tasa de informalidad laboral con un 88%, seguido por el IPM

(Índice de Pobreza Multidimensional) el cual se encuentra en el 32,1% y en un tercer lugar, se ubican las privaciones en salud con un 58%, entendiendo que una de las barreras más recurrentes al momento de generar afiliación al sistema de salud es el estatus migratorio o la no posesión de documentos de identificación válidos, como el permiso de permanencia o la cédula de extranjería, si bien estas acciones no dependen del gobierno distrital es importante trabajar articuladamente para encontrar soluciones de mediano plazo que mejoren la afiliación de la población migrante al sistema de salud (58).

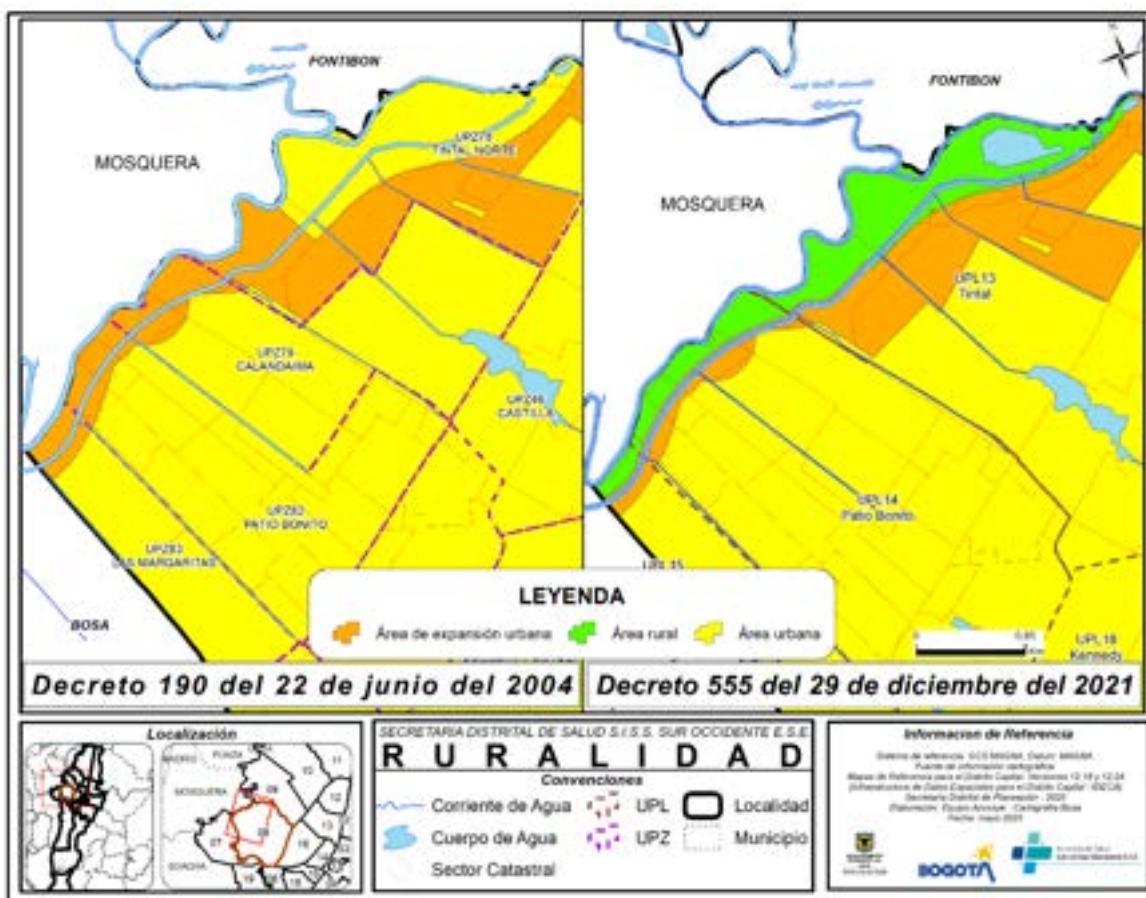
Los anteriores datos a nivel distrital muestran que la incidencia de pobreza para las personas migrantes supera significativamente la incidencia general reportada para las personas tanto en el país como en el distrito, las cuales se encuentran en el 12,1% y 11,7%, respectivamente, comparada con los datos anteriormente ofrecidos, que reportan para las personas migrantes los porcentajes de 32,1% en la ciudad de Bogotá (58). Esto podría sugerir que el estatus migratorio es uno de los principales determinantes estructurales que afectan la calidad de vida y las posibilidades de desarrollo de la población migrante, teniendo en cuenta que esto no solo limita su acceso a la salud, sino la posibilidad de conseguir un empleo.

A nivel local, en Kennedy, la situación de los migrantes venezolanos es ligeramente distinta de lo anteriormente descrito, al ser una de las localidades que más concentra migrantes en la ciudad, con un porcentaje del 9,1% para el año 2017. (59) Lo anterior puede deberse al hecho que Kennedy es una de las localidades en donde más se concentra la población migrante, al ser uno de los principales focos de empleo y movilización de la ciudad, permitiría también tener un mayor acceso a los servicios de salud (29). De otro lado, es importante considerar que la localidad Kennedy mostró reducción de 21,7% en las tasas de incidencia de sífilis gestacional en 2023 en contraste con 2019, con un descenso de 26 casos en dicho periodo. Por su parte, la sífilis congénita, tuvo reducción del 28,3% en 2022 frente a 2019, con un descenso de seis 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 las UPZ 13 Tintal, 14 Patio Bonito y 15 Porvenir, lo que correspondería a la misma zona, pero en las UPZ 78, 79, 82 y 83 (ver Mapa 17) (9).

Mapa 17. Ruralidad en la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2022



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

Esta área rural está comprendida principalmente por una gran extensión de tierra del acueducto de Bogotá con uso de conservación y preservación de la ronda hídrica del río Bogotá, un predio pequeño y dos medianos que tienen 2 antenas repetidores de dos emisoras religiosas y todas con casas de uso residencial sin ninguna vocación agrícola, excepto por la del guardabosque del acueducto quien tiene un sembradío de pan coger y una única vía de acceso sin pavimentar que lleva a estos predios (ver Mapa 17) (9).

Según el documento análisis temático para la generación del documento “Bogotá, rural y metropolitana” llevado a cabo por las subredes integrales de servicios de salud entre 2022 y 2023, la población de la zona rural de Kennedy prefiere movilizarse principalmente por medio del Sistema Integrado De Transporte, o en bicicleta para acceder a los bienes y servicios básicos tales como alimentación, trabajo, salud y educación. Como principal dificultad en la movilización, se identifica la presencia de altos tiempos de desplazamiento.

El anterior documento identificó también unas potencialidades a nivel ambiental en la zona rural de la localidad de Kennedy, como lo son los cuerpos de agua, los cuales actúan como purificadores del aire y reducen el riesgo de contaminación. Sin embargo, también se han identificado ciertas potencialidades en viviendas del sector rural, producto de la presencia de olores ofensivos provenientes del río y sus desechos, los cuales son arrojados a las carreteras que conectan con las viviendas, sumado a la tenencia inadecuada

de mascotas y el mal manejo de productos alimenticios, los cuales se descomponen sobre las vías de acceso y exponen a la población a vectores y enfermedades infecciosas, producto de la contaminación.

Desde el aspecto social, se destaca la presencia de una casa de la comunidad muisca en el sector de las Palmitas, la cual presenta prácticas de cuidado al medio ambiente y la presencia de ofertas institucionales, materializadas en tres centros de desarrollo comunitario que conectan con las áreas más cercanas al distrito. No obstante, en las áreas cuyo suelo es reglamentado, la actividad de cuidado de predios ejercidas por las familias de la localidad ha sido una potencialidad económica, al ser empleadas por actores formales.

En cuanto al aspecto económico, se pudo evidenciar que algunas familias de la población residente del sector rural de Kennedy y de expansión urbana favorecen el desarrollo de una economía informal asociada al reciclaje, y focalizada en los barrios de asentamiento ilegal. Sin embargo, a su vez, esto ha significado que estos sean empleados de manera formal por el distrito, facilitando así el acceso a bienes y servicios, por un lado, y por el otro generando dudas acerca del futuro acceso a bienes como medicinas, posibles consultas u otros programas formulados por las instituciones.

Población Gitana Rrom

La comunidad gitana Rrom es una de las poblaciones diferenciales que más tiempo ha estado asentada en la ciudad, esta población, posee una identidad cultural propia y protegida por la institucionalidad, relacionada con el desarrollo de formas nómadas de habitar el territorio, la pertenencia por nacimiento y el uso de una lengua propia. Sin embargo, el conflicto armado del país los ha expuesto a situaciones de migración que han alterado sus prácticas culturales y relación con el territorio, dificultando así en la práctica la realización de estas actividades nómadas que están arraigadas a su concepto de bienestar integral, dicho lo anterior, en la localidad de Kennedy, si bien por estas mismas dinámicas puede ser complicado realizar un seguimiento a la ubicación específica de esta comunidad, los barrios en los cuales esta población está arraigada y suele movilizarse son el Barrio la Igualdad y Nueva Marsella, barrios en los cuales desarrollan sus actividades de adivinación y de venta de artesanías. (60)

Dicho lo anterior, siguiendo la información ofrecida por el Departamento Nacional de Planeación, la escolaridad de esta población tiende a limitarse a la educación media, debido a las dinámicas propias relacionadas con la movilización constante y, complementando lo anteriormente expuesto, la comunidad gitana o Rrom suele enfrentar situaciones económicas precarias y una limitada formación profesional debido no solo a estas dinámicas migratorias, sino a concepciones relacionadas con la ausencia de figuras de autoridad que limiten sus acciones tanto en el día a día como en sus actividades de sustento económico. Por otro lado, la existencia de fuertes principios éticos relacionados con la libertad, independencia y la tranquilidad, facilitan el desarrollo de actividades económicas que faciliten la movilización constante y un sustento inmediato como lo son la reparación de máquinas, el cuidado de animales, venta de artesanías e incluso la adivinación. (60)

Para la comunidad Rrom, la espiritualidad es un aspecto importante que influye de manera directa en la salud del individuo, de esta forma se entiende que la buena salud está relacionada con la cercanía con Dios y su comunidad, además, las prácticas adivinatorias y de revelación de la fortuna que esta comunidad desarrolla, son uno de los pilares que garantizan la salud. A pesar de la existencia de ciertas prácticas protectoras de la salud como lo son el lavado de manos y el mantenimiento de la higiene, los principales padecimientos para la población se centran en la presencia de condiciones orales y problemas nutricionales, además, muchas de estas personas no están afiliadas al SGSSS y sus prácticas tradicionales,

asociadas con la movilización constante dificultan el acceso y la permanencia en los tratamientos de salud. (61)

Población Afrocolombiana

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.

La situación migratoria por parte de la población afrocolombiana a la ciudad de Bogotá también ha significado que estas personas puedan desarraigarse de sus procesos culturales, prácticas y relación ancestral con su territorio, además de enfrentarse a un contexto en el cual la desigualdad, racismo e inequidad en materia de acceso a empleo y salud puede jugar un papel importante en su bienestar general. Dicho lo anterior, siguiendo los datos ofrecidos por la Secretaría De Planeación (62) la tasa de desempleo para estas comunidades aumentó de un 10,7% a 18,6% entre 2017 y 2022, esto es un aumento significativo, teniendo en cuenta que esta misma tasa general en la ciudad aumentó del 8% al 13,2% en los mismos años y que la tasa de informalidad teniendo en cuenta el IPM en 2021 estuvo en 54,6% y para las comunidades Negras, Afro, Raizales y Palenqueras estuvo en 62,5%. Además de lo anterior las comunidades NARP reportaron tener un porcentaje del 34,3% cuyos ingresos no cubrían los gastos mínimos mensuales. Además de lo anterior, persisten imaginarios y percepciones negativas sobre las comunidades Afrocolombianas en la ciudad, que dificultan aún más sus posibilidades de acceso a empleo, educación y vivienda, imaginarios asociados al desempleo, educación y la sexualización de las mujeres (63)

Dicho esto, mientras que para las comunidades negras, afro y palenqueros, sus razones para emigrar a la ciudad tienden a estar relacionadas con dinámicas laborales y del conflicto armado, para la comunidad Raizal las razones radican no solo en motivaciones económicas y laborales sino por la presencia también de otras comunidades y población raizal ya asentada en la ciudad, que hacen parte de la ORFA(Organización de la comunidad Raizal con residencia Fuera del Archipiélago), la cual les dan un sentimiento de pertenencia y comunidad al llegar a la ciudad (64).

A pesar de los datos anteriormente ofrecidos, la perspectiva específica en materia de salud es preocupante, teniendo en cuenta que la principal afección de estas comunidades son las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio y las afecciones bucales (64), añadiendo a lo anterior, las razones por las cuales, pesar de estar afiliados al SGSSS muchas de estas personas no inician o continúan los tratamientos en salud, es debido a factores relacionados con la ausencia de tratamientos diferenciales, además del hecho que sus prácticas ancestrales protectoras de la salud no son tenidas en cuenta, y algunas pueden ser difíciles de aplicar en el territorio urbano, como los usos de plantas medicinales para tratar afecciones. (64)

Para la localidad de Kennedy, esta concentra un total del 14,6% del total de la comunidad Afro residente en Bogotá, además, las problemáticas en materia de salud asociadas con este grupo poblacional están relacionadas con la existencia de prejuicios negativos sobre su pertenencia étnica, al igual que un bajo nivel de escolaridad, posiblemente asociado a las condiciones socioeconómicas y de migración a la que

están relacionados. Por tanto es importante que estas prácticas ancestrales sean tenidas en cuenta para el abordaje y tratamiento efectivo no solo de las enfermedades bucales y cardiorrespiratorias mediante un enfoque en prevención, sino un abordaje que tenga en cuenta las condiciones estructurales que las provocan, entre estas elementos culturales relacionados con los lazos existentes entre las comunidades con su tierra de origen, desconocimientos en materia de cuidado de salud e higiene y también las asociadas con imaginarios, desempleo y pobreza que dificultan a esta comunidad alcanzar un mejor nivel de vida.

Población indígena

La localidad de Kennedy es una de las cuales poseen una comunidad indígena establecida en ella. Siguiendo la información suministrada por el documento Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad diferencial de los pueblos indígenas en Bogotá, esta localidad se caracteriza por ser el lugar donde vive la comunidad Pasto, y también donde recurre la comunidad inga a ser tratada por médicos ancestrales. Esta comunidad Pasto se caracteriza por el uso de calendarios lunares y solares para determinar los ciclos de siembra y cosechas, por otro lado, también utilizan distintos recursos naturales, tanto animales, vegetales y minerales para tratar sus enfermedades o padecimientos, particularmente aquellas relacionadas con dolores musculares, aunque también usan esta medicina para tratar el “mal de ojo”, buscando devolver al individuo a la armonía con su entorno (19)

La principal práctica llevada a cabo por la comunidad Pasto en la localidad, es una medicina tradicional preventiva, que no solo busca evitar la enfermedad en el cuerpo sino en el alma. La relación de la comunidad Pasto con su territorio ancestral determina también las relaciones que estos establecen con la tierra, especialmente teniendo en cuenta el desarrollo de actividades agropecuarias y la importancia del vínculo entre una persona y su comunidad para garantizar un buen estado de salud. En su visión tradicional, sus prácticas culturales y medicinales no solo garantizarían entonces una sensación de bienestar físico o preventivo, sino una armonía absoluta del individuo y su espíritu con todo lo que lo rodea y con las personas a su alrededor, las cuales también dan cuenta de su estado de salud espiritual. (19)

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

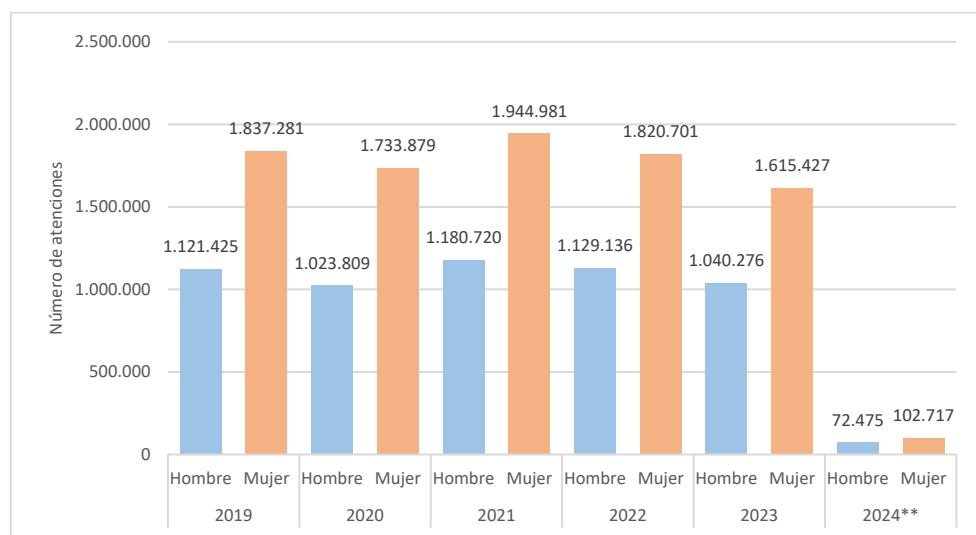
Por otro lado, otro de los determinantes a los cuales las poblaciones diferenciales en Kennedy suelen enfrentarse es a la ausencia de ingresos establece la no posesión de documentación adecuada y ser víctimas de acciones discriminatorias no solo en la calle o contextos familiares, sino al momento de acceder a los servicios de salud, las cuales no solo victimizan a la población diferencial de Kennedy, 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 salud, 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, como 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, lo anterior puede observarse principalmente con la población LGBTI de la localidad, la cual no solo debe enfrentarse a situaciones de discriminación, precariedad laboral y violencia que afectan negativamente su calidad de vida, sino a una concentración de los servicios ofrecidos en los sectores más centrales de esta, lo cual podría dificultar el acceso oportuno a estos, teniendo en cuenta que su ubicación no coincide con las zonas donde más se concentran las ASP y Violencias Basadas en Género.

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

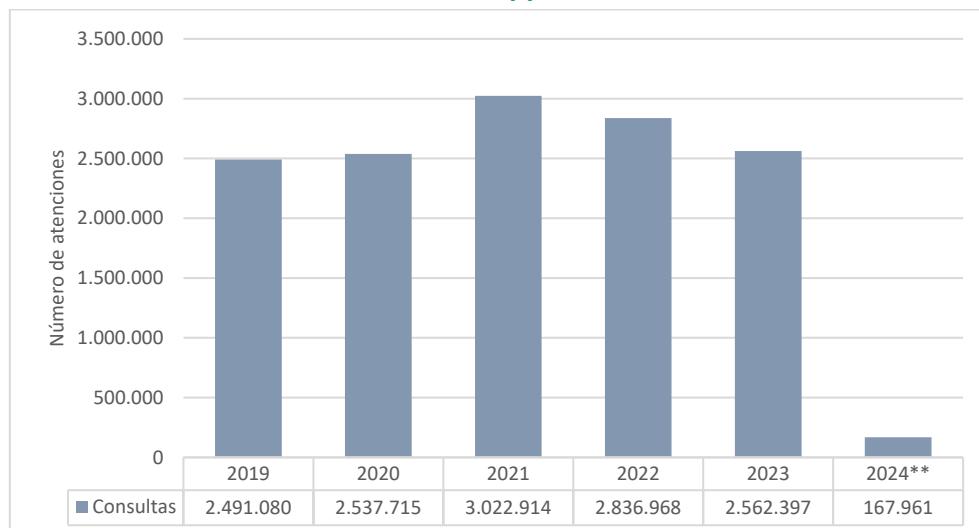
En Kennedy, durante el periodo 2019 a primer semestre de 2024, se identificaron 14.622.827 atenciones realizadas por las IPS que prestan sus servicios en la localidad, siendo el 2019 el año con el mayor número de atenciones 3.125.701 (52,1%), lo cual correspondió al 52,1% de las realizadas en la Subred y al 10,3% de las llevadas a cabo en Bogotá. Por el contrario, el 2023 fue el periodo en el que menos atenciones se registraron 2.655.703 (18,2%) del total de aquellas realizadas en el periodo de análisis. Dicho año mostró una reducción de 10,2% 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 10,0% en contraste con el año inmediatamente anterior. Es de resaltar un predominio importante en atenciones a mujeres durante todo el periodo de análisis, dado que el 61,9% de estas corresponden a personas del sexo femenino (ver Gráfica 2).

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

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

* parcial y preliminar (I semestre 2024)

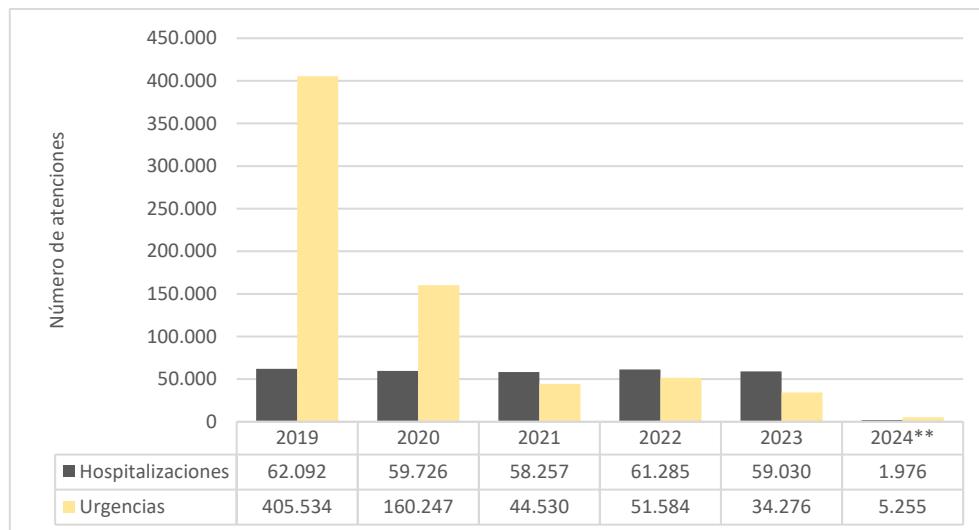
Frente al servicio, el 93,1% (n=13.619.035) de las atenciones del periodo analizado se concentraron en las consultas, seguido del 4,8% (n=701.426) correspondiente a urgencias con observación y el restante hace parte de las hospitalizaciones, observando en 2019, 2020 y 2024 (primer semestre) el mismo comportamiento; sin embargo, durante 2021, 2022 y 2023 fue el servicio de hospitalización el que ocupó el segundo lugar el número de atenciones (ver Gráfica 3 y Gráfica 4).

Gráfica 3. Número de atenciones por servicio de consulta, localidad Kennedy, 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 Kennedy, 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 a los grupos de 20 a 24 y de 25 a 29 años con el 9% ($n=1.317.538$) y ($n=1.315.608$), respectivamente, seguido de las edades comprendidas entre 30 y 34 años con el 7,6% ($n=1.109.772$); por el contrario, el grupo de edad con menor proporción de atenciones se ubican los mayores de 80 años, seguido de las edades entre 75 y 79 años, con 3,2% ($n=472.167$) y 2,6% ($n=383.737$), respectivamente (ver Tabla 7).

Teniendo en cuenta las atenciones registradas durante el periodo de análisis, se observa que el 21,4% se concentró en el 2021, dicho año también registró el mayor número de consultas en jóvenes de 20 a 24 años ($n= 294.375$), además de 6.857 ingresos por urgencias y 7.487 hospitalizaciones en la población de este rango de edad. En general, durante el periodo analizado, las atenciones por los tres servicios se concentraron en el rango de 20 a 29 años (ver Tabla 7).

Tabla 7. Número de atenciones por servicio y quinquenio, localidad Kennedy, 2019 a 2023 y 2024pp*

Edad	Servicio	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
0 - 4 años	Consultas	199.456	167.121	194.686	180.262	165.848	5.072
	Hospitalizaciones	5.408	3.973	4.779	5.027	3.806	122
	Urgencias	36.653	13.327	5.019	4.526	3.465	544
	Total	241.517	184.421	204.484	189.815	173.119	5.738
5 - 9 años	Consultas	142.866	92.980	121.307	115.267	116.405	4.849
	Hospitalizaciones	1.102	820	1.140	1.454	1.466	37
	Urgencias	18.528	5.282	1.593	2.016	1.687	214
	Total	162.496	99.082	124.040	118.737	119.558	5.100
10 - 14 años	Consultas	124.943	94.446	120.045	119.599	111.712	7.191
	Hospitalizaciones	1.136	938	1.168	1.644	1.564	32
	Urgencias	13.822	4.236	1.295	2.021	1.542	113
	Total	139.901	99.620	122.508	123.264	114.818	7.336
15 - 19 años	Consultas	147.856	153.762	194.846	168.965	161.621	15.132
	Hospitalizaciones	3.960	3.738	3.536	3.786	3.782	199
	Urgencias	21.800	10.321	4.527	4.868	3.277	741
	Total	173.616	167.821	202.909	177.619	168.680	16.072
20 - 24 años	Consultas	197.408	226.088	294.375	226.558	218.326	18.323
	Hospitalizaciones	8.035	7.983	6.857	6.820	7.266	473
	Urgencias	55.204	22.422	7.487	7.819	4.754	1.340
	Total	260.647	256.493	308.719	241.197	230.346	20.136
25 - 29 años	Consultas	204.370	226.376	278.691	246.701	216.739	17.796
	Hospitalizaciones	6.597	6.822	6.327	6.229	6.429	300
	Urgencias	55.529	20.355	5.875	6.255	3.493	724
	Total	266.496	253.553	290.893	259.185	226.661	18.820
30 - 34 años	Consultas	175.839	188.339	235.798	213.663	187.019	15.413
	Hospitalizaciones	4.780	4.908	4.866	4.852	5.025	180
	Urgencias	42.006	15.490	3.794	4.779	2.586	435
	Total	222.625	208.737	244.458	223.294	194.630	16.028
35 - 39 años	Consultas	165.272	176.591	213.484	186.762	164.435	12.691
	Hospitalizaciones	3.935	3.940	3.883	3.880	3.781	124
	Urgencias	32.551	12.586	2.643	3.615	1.911	280
	Total	201.758	193.117	220.010	194.257	170.127	13.095
40 - 44 años	Consultas	149.650	163.567	205.593	182.879	163.620	11.940
	Hospitalizaciones	3.359	3.445	3.414	3.437	3.328	107
	Urgencias	24.928	10.091	2.123	2.966	1.655	189
	Total	177.937	177.103	211.130	189.282	168.603	12.236
45 - 49 años	Consultas	149.592	159.767	198.081	176.942	157.960	10.429
	Hospitalizaciones	2.999	2.995	3.086	3.139	3.047	76
	Urgencias	20.969	8.830	1.857	2.287	1.497	138
	Total	173.560	171.592	203.024	182.368	162.504	10.643
50 - 54 años	Consultas	164.599	174.964	207.213	189.736	166.790	10.376
	Hospitalizaciones	3.332	3.366	3.368	3.293	3.122	70
	Urgencias	19.747	8.340	1.734	2.207	1.445	138
	Total	187.678	186.670	212.315	195.236	171.357	10.584
55 - 59 años	Consultas	163.113	173.802	200.232	193.912	169.908	9.836
	Hospitalizaciones	3.123	3.241	3.389	3.300	3.126	63
	Urgencias	16.832	7.293	1.652	1.890	1.329	106
	Total	183.068	184.336	205.273	199.102	174.363	10.005
60 - 64 años	Consultas	142.409	154.556	171.148	178.500	161.819	8.903
	Hospitalizaciones	2.956	3.136	3.132	3.152	3.043	41
	Urgencias	12.705	6.026	1.384	1.720	1.320	90
	Total	158.070	163.718	175.664	183.372	166.182	9.034
65 - 69 años	Consultas	122.330	131.188	138.496	152.794	135.103	7.247
	Hospitalizaciones	2.695	2.751	2.659	2.876	2.745	42
	Urgencias	10.033	4.482	1.063	1.228	1.198	79
	Total	135.058	138.421	142.218	156.898	139.046	7.368
70 - 74 años	Consultas	94.175	99.706	102.066	119.843	106.213	5.615
	Hospitalizaciones	2.382	2.337	2.127	2.554	2.384	43
	Urgencias	7.963	3.727	891	1.225	1.041	63
	Total	104.520	105.770	105.084	123.622	109.638	5.721
75 - 79 años	Consultas	65.947	68.797	67.597	83.117	73.824	3.623
	Hospitalizaciones	2.153	1.939	1.623	2.020	1.886	27
	Urgencias	6.183	2.816	594	792	768	31
	Total	74.283	73.552	69.814	85.929	76.478	3.681
80 y más años	Consultas	81.258	85.665	79.256	101.468	85.055	3.525
	Hospitalizaciones	4.140	3.394	2.903	3.822	3.230	40
	Urgencias	10.081	4.623	999	1.370	1.308	30
	Total	95.479	93.682	83.158	106.660	89.593	3.595

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 10,7% (n=106.800) de los hombres y el 9,6% (n=149.963) 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 enfermedades hipertensivas y las infecciones agudas de las vías respiratorias, enfermedades hipertensivas e infecciones agudas respiratorias superiores. En el caso de las mujeres, en menor proporción se atendieron consultas por enfermedades hipertensivas y otras dorsopatías (ver Tabla 8). Es importante resaltar que la principal causa de atención en el servicio de consulta durante el primer semestre de 2024 en hombres con el 28,9% (n=20.227), continúa siendo las enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales, al igual que para las mujeres con el 25,9% (n=25.342).

Tabla 8. Principales causas de atención en servicio de Consulta, según sexo, localidad Kennedy, 2023

Diagnóstico	Atenciones Hombres		Diagnóstico	Atenciones Mujeres	
	n	%		n	%
Enfermedades De La Cavidad Bucal De Las glándulas Salivales Y De Los Maxilares	106.800	10,7%	Enfermedades De La Cavidad Bucal De Las glándulas Salivales Y De Los Maxilares	149.963	9,6%
Enfermedades Hipertensivas	47.245	4,7%	Enfermedades Hipertensivas	101.183	6,5%
Infecciones Agudas De Las vías Respiratorias Superiores	32.291	3,2%	Otras dorsopatías	44.363	2,8%
Otras dorsopatías	28.227	2,8%	Infecciones Agudas De Las vías Respiratorias Superiores	43.623	2,8%
Enfermedades De Los órganos Genitales Masculinos	21.343	2,1%	Síntomas Y Signos Que Involucran El Sistema Digestivo Y El Abdomen	40.335	2,6%
Personas En Contacto Con Los Servicios De Salud Para investigación Y exámenes	83.976	8,4%	Síntomas Y Signos Generales	113.544	7,3%
Síntomas Y Signos Generales	65.676	6,6%	Personas En Contacto Con Los Servicios De Salud Para investigación Y exámenes y otras circunstancias	194.508	12,4%
<i>Otros Diagnósticos</i>	612.160	61,4%	<i>Otros Diagnósticos</i>	1.058.070	67,6%
TOTAL	997.718	100%	TOTAL	1.564.679	100%

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

Para el mismo periodo, el 5,3% (n=1.534) de los hombres fueron hospitalizados por traumatismos de las rodilla y pierna y el 4,7% (n=1.358 y 1.354) respectivamente, a causa de signos y síntomas que involucran el sistema digestivo y traumatismos de la muñeca y mano; por su parte, el 9,7% (n=2.949) de las mujeres debieron ser hospitalizadas para llevar a cabo su parto y el 6,7% (n=2.039) por signos y síntomas que involucran el sistema digestivo y el abdomen. Dentro de las atenciones más frecuentes en hombres que requirieron hospitalización también se encuentran los traumatismos de la cabeza y los síntomas y signos que involucran el sistema digestivo; en el caso de las mujeres las demás causas de atención estaban

relacionadas con otras enfermedades del sistema urinario, síntomas generales y trastornos de la vesícula biliar y el páncreas (ver Tabla 9). Durante el primer semestre de 2024, el principal motivo de hospitalización en hombres fue los traumatismos de la muñeca y mano con el 8,2% (n=62) y en las mujeres con el 24,4% (n=297), el parto.

Tabla 9. Principales causas de atención en servicio de Hospitalización, según sexo, localidad Kennedy, 2023

Diagnóstico	Atenciones Hombres		Diagnóstico	Atenciones Mujeres	
	n	%		n	%
Traumatismos De La Rodilla Y De La Pierna	1.534	5,3%	Parto	2.949	9,7%
Síntomas Y Signos Que Involucran El Sistema Digestivo Y El Abdomen	1.358	4,7%	Síntomas Y Signos Que Involucran El Sistema Digestivo Y El Abdomen	2.039	6,7%
Traumatismos De La Muñeca Y De La Mano	1.354	4,7%	Otras Enfermedades Del Sistema Urinario	1.592	5,3%
Traumatismos De La Cabeza	1.292	4,5%	Trastornos De La Vesícula Biliar De Las Vías Biliares Y Del Páncreas	1.222	4,0%
Traumatismos Del tórax	963	3,4%	Traumatismos De La Rodilla Y De La Pierna	879	2,9%
Síntomas Y Signos Generales	1.029	3,6%	Síntomas Y Signos Generales	1.234	4,1%
Otros Diagnósticos	21.180	73,8%	Otros Diagnósticos	20.405	67,3%
TOTAL	28.710	100%	TOTAL	30.320	100%

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

De otro lado, el servicio de urgencias reportó el 6,6% (n=910) de las atenciones en hombres por signos y síntomas que involucran el sistema digestivo y abdomen, seguido del 5,6% (n=770) de los traumatismos en la cabeza, en su orden otras causas de asistencia al servicio de urgencias fueron las relacionadas con síntomas generales, enfermedades infecciosas intestinales y las infecciones de las vías respiratorias superiores. . En cuanto a las mujeres, el 12,1% (n=2.477) de los ingresos por urgencias fueron a causa de signos y síntomas que involucran el sistema digestivo y abdomen, seguido del 4,8% (n=983) a causa de otras enfermedades del sistema urinario, dentro de las principales causas de consulta a urgencias también se encuentran enfermedades infecciosas intestinales y otros trastornos maternos relacionados con el embarazo (ver Tabla 10). 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 8,7% (n=142) y en las mujeres el 18,5% (n=668) los síntomas que involucran el sistema digestivo y el abdomen.

Tabla 10. Principales causas de atención en servicio de Urgencias, según sexo, localidad Kennedy, 2023

Diagnóstico	Atenciones Hombres		Diagnóstico	Atenciones Mujeres	
	n	%		n	%
Síntomas Y Signos Que Involucran El Sistema Digestivo Y El Abdomen	910	6,6%	Síntomas Y Signos Que Involucran El Sistema Digestivo Y El Abdomen	2.477	12,1%

Traumatismos De La Cabeza	770	5,6%	Otras Enfermedades Del Sistema Urinario	983	4,8%
Enfermedades Infecciosas Intestinales	731	5,3%	Enfermedades Infecciosas Intestinales	859	4,2%
Infecciones Agudas De Las Vías Respiratorias Superiores	569	4,1%	Otros Trastornos Maternos Relacionados Principalmente Con El Embarazo	767	3,8%
Traumatismos Del Tórax	489	3,5%	Embarazo Terminado En Aborto	720	3,5%
Síntomas Y Signos Generales	736	5,3%	Síntomas Y Signos Generales	1.089	5,3%
<i>Otros Diagnósticos</i>	9.643	69,6%	<i>Otros Diagnósticos</i>	13.533	66,3%
TOTAL	13.848	100%	TOTAL	20.428	100%

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

Finalmente, es importante mencionar que según información suministrada por SDS (65) durante 2024 con corte a junio, en la localidad Kennedy, se atendieron 752.738 personas por el área de consultas, lo que corresponde al 57,1% menos que los individuos atendidos en 2023 (n=1.755.209), 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 31.943 personas atendidas en 2023 a un 66% menos (n=10.872). Por su parte, en 2023 se tuvo 57.884 hospitalizaciones en contraste con 2024pp* que se registraron 21.968, con una reducción de 62%; para estos dos servicios el año 2024 se proyecta con cifras inferiores a las registradas en el año inmediatamente anterior.

Eventos de Notificación Obligatoria

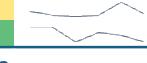
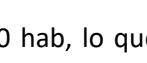
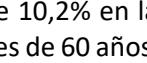
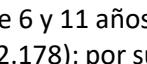
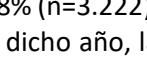
A continuación se presenta semaforización de los eventos de notificación obligatoria al sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA, teniendo en cuenta que el color rojo representa la mayor concentración de casos y el verde la menor proporción de notificaciones; se desagregan los eventos relacionados 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.

Es así, como la violencia intrafamiliar y de género en 2023 tuvo un incremento de 52,1% frente al 2019 y para el primer semestre de 2024 ya se encontraba en similar comportamiento al cierre del año inmediatamente anterior. Por otro lado, las agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia también mostraron incremento del 9,5% 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, desnutrición agua en menores 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 11).

Frente a la vigilancia centinela³, se observa un incremento en casi 2 veces más en la notificación de evento en 2023 respecto a 2019 y en más del 200% 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 11).

³ 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 11. Eventos de Notificación Obligatoria, localidad Kennedy, 2019 – 2024pp*

Evento notificado	2019	2020	2021	2022	2023	Jun-2024 p*	Tendencia
Vigilancia de la Rabia							
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	2516	1990	2186	2497	2755	3001	
Intoxicaciones							
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanos, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	403	291	344	439	392	358	
Violencias							
Violencia intrafamiliar y de género	4163	3190	4238	5664	6334	6165	
Neoplasias							
Cancer (mamá, cervix)	371	334	518	612	633	400	
Cancer infantil (menores de 18 años)	53	53	26	42	39	34	
Enfermedades de causa desconocida							
Enfermedades huérfanas - raras	523	353	345	283	387	323	
Salud materno perinatal							
Morbilidad materna extrema	857	756	740	663	671	510	
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	173	163	131	105	125	72	
Sífilis gestacional	164	159	132	165	135	112	
Sífilis congénita	31	34	30	35	17	13	
Salud en menores de cinco años							
Desnutrición aguda en menores de 5 años	409	247	366	560	507	323	
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años (IRA, EDA, Desnutrición)	1	3	3	10	1	1	
EAPV							
Evento adverso seguido a la vacunación	27	26	88	23	21	1	
Eventos Transmisibles							
Meningitis	18	13	6	13	16	21	
Parotiditis	864	240	91	142	157	130	
Tosferina	7	0	0	0	0	0	
Varicela	1902	431	330	577	664	469	
Enfermedad similar a influenza - IRAG (vigilancia centinela)	41	14	26	125	108	350	
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	10	14	1	27	3	0	
Lepra	1	2	1	1	2	0	
Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	130	127	107	144	175	107	
Tuberculosis farmacorresistente	1	4	5	4	6	3	
Salud Sexual y Reproductiva							
Hepatitis	53	48	62	71	134	62	
VIH/SIDA	508	428	588	513	544	441	
Enfermedades transmitidas por alimentos o agua							
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	2	1	1	0	1	0**	
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	0	0	0	1	0	
Hepatitis A	32	12	4	12	76	17	
ETA (Brotes)	6	6	0	4	3	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 Kennedy registró una tasa de mortalidad de 416,3 por 100.000 hab, lo que corresponde a 4.310 defunciones, en contraste con el 2022 se evidencia una reducción de 10,2% 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 50,5% (n=2.178); por su parte, el momento de curso de vida con mayor registro de defunciones fue la vejez con el 74,8% (n=3.222), seguido de adulterz con el 17,7% (n=764) (ver Tabla 12). Es importante mencionar que para dicho año, la localidad Kennedy concentró el 43,5% de las muertes de la Subred Sur Occidente.

Tabla 12. Tasas de mortalidad por sexo y momento de curso de vida, localidad Kennedy, 2019 – 2023

MCV	Sexo	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
P. Infancia	Hombres	170,5	158,6	91,4	175,6	151,8	
	Mujeres	139,5	122,7	108,7	154,3	196,7	
	Total	155,3	141,0	99,9	165,1	173,9	
Infancia	Hombres	21,7	24,2	9,8	24,7	19,9	
	Mujeres	30,1	20,3	25,6	5,2	5,2	
	Total	25,8	22,3	17,5	15,2	12,8	
Adolescencia	Hombres	49,7	66,8	49,3	50,0	70,2	
	Mujeres	23,6	21,6	29,4	37,5	33,0	
	Total	36,9	44,6	39,6	43,9	52,0	
Juventud	Hombres	121,9	140,8	165,4	144,1	127,7	
	Mujeres	45,8	38,7	43,4	46,7	40,7	
	Total	83,7	89,9	105,0	96,1	85,0	
Adulterz	Hombres	227,6	333,1	507,7	231,8	201,3	
	Mujeres	136,9	187,6	267,0	152,7	127,5	
	Total	179,7	256,7	381,8	190,6	163,1	
Vejez	Hombres	2.773,1	3.827,5	4.370,5	2.917,2	2.366,2	
	Mujeres	2.083,1	2.486,9	2.916,8	2.142,8	1.955,5	
	Total	2.372,8	3.050,3	3.529,0	2.469,6	2.128,9	
Total Defunciones	Hombres	436,0	615,1	772,1	504,7	434,0	
	Mujeres	364,7	454,0	570,7	424,7	399,7	
	Total	399,0	531,6	667,9	463,4	416,3	

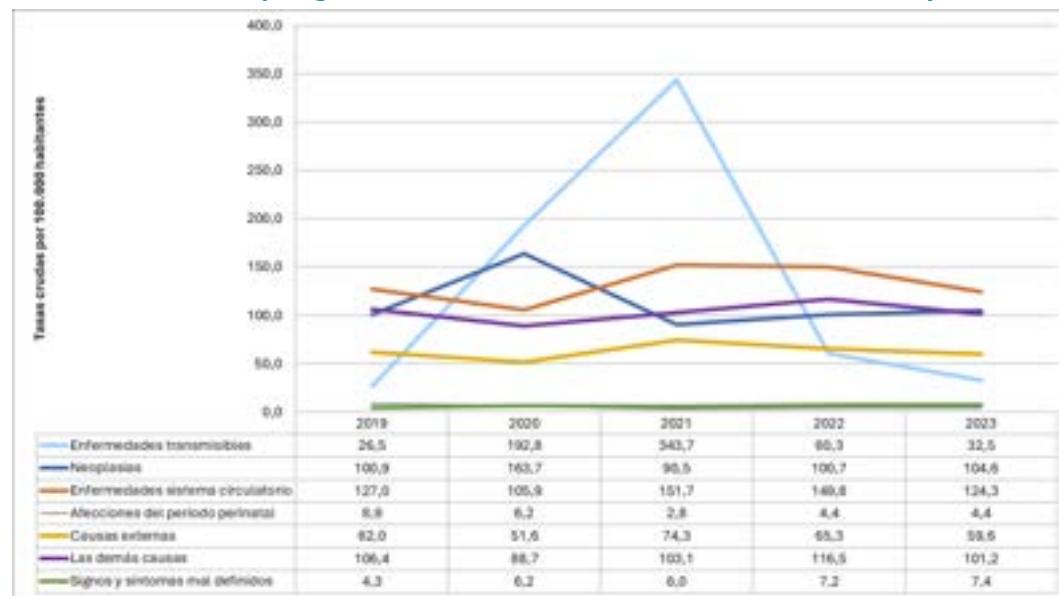
Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

Teniendo en cuenta la clasificación 6/67, la tasa de mortalidad más alta para el año 2023 fueron las enfermedades del sistema circulatorio (126,3 por 100.000 hab), seguida de las demás causas (108,6 por 100.000 hab); por su parte, la tasa de mortalidad más baja, se les atribuyó a las afecciones del periodo perinatal (4,9 por 100.000 hab). El mayor incremento en las tasas de mortalidad durante 2023 en contraste con el 2019, se observó en los signos y síntomas mal definidos, con el 32,3% por encima del registro inicial; en el mismo periodo, la mayor reducción se evidenció en la tasa de mortalidad por afecciones del periodo perinatal con el 28,7% por debajo del registro para 2019. De otro lado, en 2023 con respecto al 2022 fue la tasa de mortalidad por afecciones del periodo perinatal la que mostró el mayor incremento con el 34,1%, mientras que la mayor reducción estuvo en las enfermedades transmisibles con el 48% (ver Gráfica 5). Cabe resaltar que la tasa de mortalidad más alta registrada en el periodo analizado correspondió a las enfermedades transmisibles durante el 2021, mientras la más baja fue en ese mismo año para las afecciones del periodo perinatal.

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

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

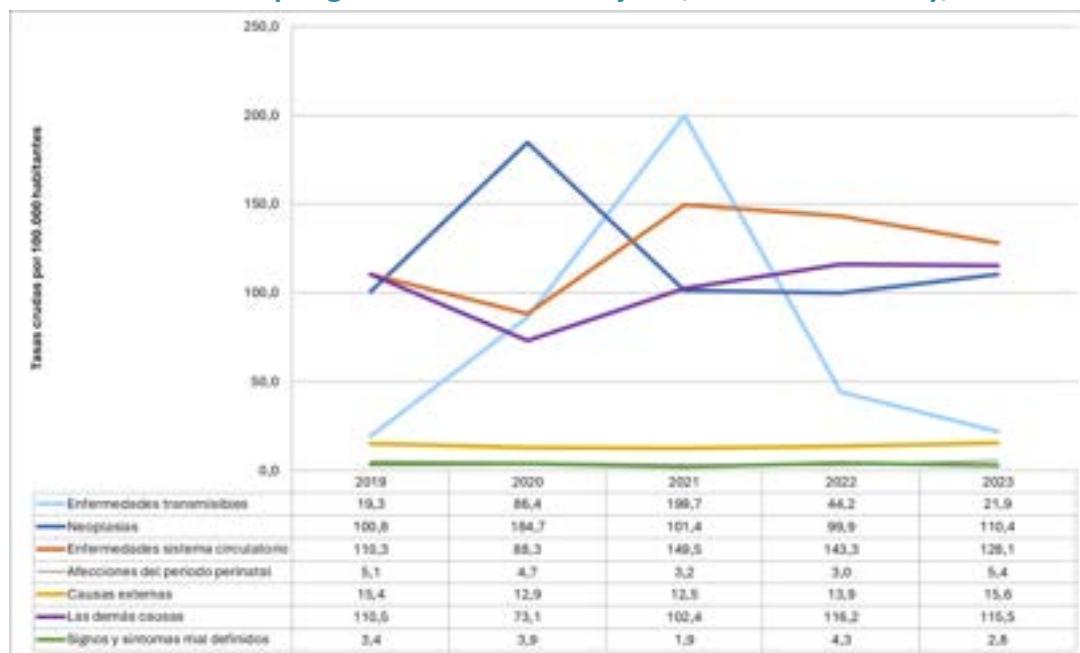
El comportamiento para los hombres fue similar al general, siendo las enfermedades circulatorias la tasa de mortalidad más alta en 2023 (124,3 por 100.000 hab.), el mayor incremento en 2023 con respecto a 2019 fue del 73,3% en los signos y síntomas mal definidos y la mayor reducción (50,8%) le correspondió a las afecciones del periodo perinatal; mientras que en 2023 en contraste con el 2022, curiosamente la mayoría de las causas mostraron reducción, excepto las neoplasias con incremento del 3,9% y los signos y síntomas mal definidos con aumento de 2,5%; el decrecimiento más representativo fue para las enfermedades transmisibles (46,2%) (ver Gráfica 6).

Gráfica 6. Mortalidad por grandes causas en hombres, localidad Kennedy, 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 (128,1 por 100.000 hab.), en dicho periodo en contraste con el 2019 fue esta misma causa la que registró el mayor incremento en la tasa de mortalidad con el 16,1%, mientras que los signos y síntomas mal definidos cuentan con la mayor reducción (16,6%); de otro lado, en 2023 respecto al 2022 la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles muestran el mayor decremento (50,4%) y el mayor aumento le corresponde a las afecciones del periodo perinatal (81,4%) (ver Gráfica 7).

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

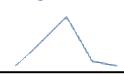


Fuente: Bases estadísticas vitales, RUA defunciones - SDS, 2019 a 2023

Mortalidad específica por subgrupos

Para el caso de las enfermedades transmisibles, en el periodo evaluado se evidencia un comportamiento variable, sin embargo, las enfermedades transmitidas por vectores esbozan una tendencia al decrecimiento con un pico en 2022, al igual que lo sucedido con las enfermedades infecciosas y parasitarias son su pico máximo en 2021 y posterior descenso altamente significativo a partir de allí; por el contrario, la tuberculosis y la septicemia muestran tendencia al incremento año tras año. Es de resaltar que las tasas de mortalidad más altas en 2023 fueron para infecciones respiratorias agudas con 14,4 por 100.000 hab y el resto de las enfermedades infecciosas y parasitarias con 4,3 por 100.000 hab. El comportamiento fue similar en ambos sexos, con las mismas causas de muerte y el mismo orden (ver Tabla 13).

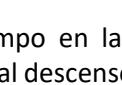
Tabla 13. Tasas de Mortalidad por enfermedades transmisibles, localidad Kennedy, 2019 – 2023

Enfermedades Transmisibles	Tasa Mortalidad General					
	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
1.01 Enfermedades infecciosas intestinales	1,3	0,5	1,8	2,0	2,3	
1.02 Tuberculosis	0,5	0,9	1,0	1,1	1,5	
1.03 Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,8	0,4	0,3	0,5	0,2	
1.04 Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	
1.05 Meningitis	0,4	0,2	0,3	0,5	0,3	
1.06 Septicemia, excepto neonatal	0,6	0,5	0,9	1,2	0,8	
1.07 Enfermedad por VIH (SIDA)	3,6	3,8	2,4	3,2	3,0	
1.08 Infecciones respiratorias agudas	14,5	11,0	16,5	12,7	14,4	
1.09 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,2	120,5	246,0	30,9	4,3	

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 colon ha mostrado una tendencia al descenso con un pico en 2022; por el contrario, el tumor maligno de tejido linfático y los de otras localizaciones evidenciaron una tendencia al incremento. Durante el 2023, las tasas más altas correspondieron a tumor maligno de los órganos digestivo y tumor maligno de otras localizaciones, con 20,6 y 16,7 por 100.000 hab., respectivamente. Para mujeres y hombres el comportamiento fue similar al general con las mismas causas de muerte y orden. (ver Tabla 14).

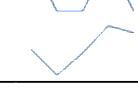
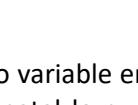
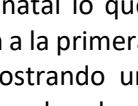
Tabla 14. Tasas de Mortalidad por neoplasias, localidad Kennedy, 2019 – 2023

Neoplasias	Tasa Mortalidad General					
	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
2.01 Tumor maligno del estómago	12,0	10,5	12,6	12,3	13,2	
2.02 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoides	10,7	7,2	7,8	9,0	7,4	
2.03 Tumor maligno De los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	12,8	11,6	15,8	15,6	20,6	
2.04 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	7,2	6,3	6,0	5,9	6,7	
2.05 Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,9	1,4	0,5	0,5	1,2	
2.06 Tumor maligno de la mama de la mujer	6,2	7,6	6,5	6,4	6,3	
2.07 Tumor maligno del cuello del útero	2,9	3,0	3,3	3,0	2,8	
2.08 Tumor maligno del cuerpo del útero	2,3	1,4	0,8	1,5	2,0	
2.09 Tumor maligno del útero, parte no especificada	2,5	0,6	0,7	0,9	0,7	
2.10 Tumor maligno de la próstata	5,1	4,2	6,3	6,0	6,0	
2.11 Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	3,9	95,6	6,7	7,1	7,5	
2.12 Leucemia	5,1	3,5	3,9	4,6	4,1	
2.13 Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	5,6	6,2	6,5	6,4	6,9	
2.14 Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	16,1	10,4	13,3	15,5	16,7	
2.15 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	7,5	5,2	5,6	5,7	5,6	

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

De otro lado, las enfermedades del sistema circulatorio mostraron variabilidad en el tiempo en las diferentes causas de muerte; sin embargo, la fiebre reumática que evidenciaba una tendencia al descenso hasta 2022, para 2023 tuvo un incremento de casi tres veces en su tasa de mortalidad; en general todas las demás causas para 2023 mostraron esbozos hacia el descenso, las enfermedades isquémicas del corazón son las que reportan las tasas más altas de mortalidad en todo el periodo. Para el 2023, fueron justamente las enfermedades isquémicas del corazón las que registraron la tasa más elevada con 68,4 por 100.000 hab., seguida de las enfermedades cerebrovasculares con 24,5 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 (ver Tabla 15).

Tabla 15. Tasas de Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, localidad Kennedy, 2019 – 2023

Enfermedades Sistema Circulatorio	Tasa Mortalidad General					
	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
3.01 Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	2,2	0,3	0,0	0,1	0,4	
3.02 Enfermedades hipertensivas	9,1	8,7	12,6	14,3	11,6	
3.03 Enfermedades isquémicas del corazón	62,5	54,0	89,7	83,2	68,3	
3.04 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	10,0	9,6	13,5	15,0	11,7	
3.06 Insuficiencia cardíaca	2,5	1,5	1,5	2,6	2,0	
3.07 Enfermedades cerebrovasculares	25,8	18,1	27,0	22,9	24,5	
3.08 Arteriosclerosis	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	
3.09 Las demás enfermedades del sistema circulatorio	6,4	4,5	6,2	8,1	7,6	

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

En lo relacionado con las afecciones del periodo perinatal, aunque muestra comportamiento variable en la mayor parte de las causas de muerte, son los trastornos respiratorios del periodo perinatal lo que muestran una mayor tendencia al aumento en el tiempo analizado, que corresponde también a la primera causa de defunción en 2023, con una tasa de mortalidad de 1,8 por 100.000 hab., mostrando un incremento de 46,2% respecto a 2022. En cuanto al comportamiento por sexo, en mujeres y en hombres se mantiene la primera causa de defunción similar al comportamiento general (ver Tabla 16).

Tabla 16. Tasas de Mortalidad por afecciones del periodo perinatal, localidad Kennedy, 2019 – 2023

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

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

Por otra parte, la mortalidad por causas externas se evidencia que lo relacionado las demás causas externas han ido en decremento durante el quinquenio, con un pico en 2022; por el contrario, las caídas, ahogamiento y accidentes que obstruyen la respiración muestran un aumento durante 2023 en la tasa de mortalidad de 3,6%, 33,3% y 100% respectivamente, frente a 2019. En el año 2021 se registró la tasa de mortalidad más alta en los homicidios, 16,8 por 100.000 hab. En cuanto al comportamiento por sexo durante 2023, en las mujeres predominaron las muertes por accidentes terrestres con una tasa de 4,3 por 100.000 hab., mientras que en los hombres la principal causa fueron los homicidios con la tasa de mortalidad de 22,5 por 100.000 hab. (ver Tabla 17).

Tabla 17. Tasas de Mortalidad por causas externas, localidad Kennedy, 2019 – 2023

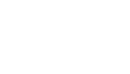
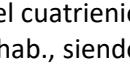
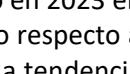
Causas Externas	Tasa Mortalidad General					
	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
5.01 Accidentes de transporte terrestre	9,7	6,4	9,9	10,4	9,3	
5.02 Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	
5.03 Caidas	2,7	2,9	3,3	2,5	2,8	
5.05 Ahogamiento y sumersión accidentales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

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 20,8% de la mortalidad durante el periodo analizado, se identificó que aquellas causas relacionadas con las enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del sistema digestivo, apendicitis, enfermedades crónicas de las vías respiratorias y la hiperplasia de próstata, son las que han mostrado mayor tendencia al incremento durante los cinco años analizados, siendo las enfermedades del sistema nervioso las que tuvieron mayor incremento en 2023 con respecto a 2019 en 46,4% y la hiperplasia de próstata incremento de 42,9% por encima de lo registrado en 2022. En el 2023, la tasa de mortalidad más alta fue la correspondiente a las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con 24,5 muertes por

100.000 hab, seguido de las enfermedades del sistema nervioso con 19,3 por 100.000 hab, mismo comportamiento observado para hombres y mujeres; sin embargo, para los hombres la segunda causa de muerte fue la relacionada con las enfermedades del sistema digestivo (ver Tabla 18).

Tabla 18. Tasas de Mortalidad por las demás causas, localidad Kennedy, 2019 – 2023

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

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

Finalmente, las causas relacionadas con signos, síntomas y afecciones mal definidas durante el cuatrienio analizado, tuvo una oscilación de la tasa de mortalidad entre 3,9 y 5,7 muertes por 100.000 hab., siendo el 2022 el año con la mayor tasa registrada y en 2019 y 2021 con la tasa más baja; es así como en 2023 en contraste con 2019 se tuvo un incremento de 30,8% en el indicador y en ese mismo año pero respecto a 2022 se tuvo decremento de 12,1%. Al observar el comportamiento por sexo se identifica una tendencia similar a la relacionada en población general (ver Tabla 19).

Tabla 19. Tasas de Mortalidad por signos y síntomas mal definidos, localidad Kennedy, 2019 – 2023

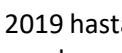
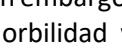
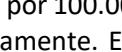
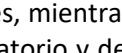
Signos y síntomas mal definidos	Tasa Mortalidad General						Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023		
0.00 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	3,9	5,0	3,9	5,7	5,0		

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 638 por 100.000 hab. y con un incremento en 2023 con respecto a 2022 de 52,7%, seguidas de las malformaciones congénitas con una tasa de 247,4 por 100.000 hab. y con una reducción de 18% en las muertes de 2023 con respecto al año inmediatamente anterior. El mayor incremento en 2023, del 64,1% en contraste al 2019, se registró para las enfermedades endocrinas y del sistema genitourinario respectivamente, mientras que, se observó reducción del 100% en las enfermedades infecciosas y parasitarias, las del sistema circulatorio, las demás causas de morbilidad y mortalidad y todas las demás enfermedades (ver Tabla 20).

Tabla 20. Mortalidad específica por sexo en población menor de un año, localidad Kennedy, 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)	15,6	0,0	0,0	45,5	0,0	32,3	0,0	20,9	0,0	0,0	23,8	0,0	10,2	23,2	0,0	
Tumores (neoplasias) (Grupo 2)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,9	0,0	79,7	0,0	0,0	10,2	0,0	39,1		
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (6,02)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,1	18,1	0,0	26,6	7,9	8,9	0,0	0,0	13,0		
Enfermedades del sistema nervioso (6,04)	0,0	17,4	0,0	0,0	25,5	0,0	0,0	0,0	0,0	26,6	0,0	8,9	0,0	0,0	26,0	
Enfermedades del sistema circulatorio (Grupo 3)	0,0	17,4	20,1	91,0	0,0	16,1	0,0	20,9	0,0	0,0	7,9	8,9	20,5	46,4	0,0	
Enfermedades del sistema respiratorio (6,06 resto enfermedades del SR)	46,8	34,8	20,1	91,0	25,5	96,9	18,1	20,9	71,1	26,6	71,4	26,6	20,5	81,3	26,0	
Enfermedades del sistema digestivo (6,09)	0,0	34,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	26,6	0,0	17,7	0,0	0,0	13,0	
Enfermedades del sistema genitourinario (6,10)	0,0	0,0	0,0	22,8	25,5	16,1	0,0	0,0	0,0	0,0	7,9	0,0	0,0	11,6	13,0	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (Grupo 4)	499,1	539,4	281,0	500,7	510,6	339,0	433,4	355,3	331,8	770,7	420,4	487,4	317,4	417,9	638,0	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (6,13)	327,6	156,6	180,7	295,9	178,7	145,3	198,6	188,1	308,1	318,9	238,0	177,2	184,3	301,8	247,4	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	31,2	34,8	20,1	22,8	51,1	32,3	36,1	20,9	142,2	0,0	31,7	35,4	20,5	81,3	26,0	
Todas las demás enfermedades (Grupo 6)	15,6	17,4	0,0	0,0	0,0	16,1	0,0	0,0	0,0	0,0	15,9	8,9	0,0	0,0	0,0	
Causas externas de morbilidad y mortalidad (Grupo 5)	0,0	0,0	0,0	22,8	0,0	32,3	18,1	0,0	0,0	0,0	15,9	8,9	0,0	11,6	0,0	

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

En las edades de uno a cuatro años, las causas de muerte con mayor número de registros desde 2019 hasta 2023 corresponden a las causas externas de morbilidad y mortalidad, seguido de los tumores; sin embargo, las tasas de mortalidad más altas de 2023 fueron en su orden las causas externas de morbilidad y mortalidad, las malformaciones congénitas y los tumores, con tasas de 17,4, 12,5 y 7,5 muertes por 100.00 hab., y diferencias porcentuales de 95,5%, 86,6% y 66,7% en contraste con 2022, respectivamente. Es importante mencionar que todas las demás enfermedades, solo presentaron casos en mujeres, mientras que, en cuanto a las enfermedades de la sangre, las endocrinas, del sistema digestivo, circulatorio y del sistema urinario solo se registraron en hombres (ver Tabla 21).

Tabla 21. Mortalidad específica por sexo en población de uno a cuatro años, localidad Kennedy, 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)	3,6	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	4,5	0,0	1,8	5,6	0,0	2,2	0,0		
Tumores (neoplasias) (Grupo 2)	10,8	7,4	3,9	0,0	14,7	7,5	0,0	12,2	8,9	0,0	9,2	3,8	8,0	4,4	7,5		
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0		
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (6,02)	0,0	3,7	0,0	0,0	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	2,5	0,0		
Enfermedades del sistema nervioso (6,04)	7,2	3,7	7,9	0,0	9,8	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	3,7	1,9	4,0	2,2	5,0		
Enfermedades del sistema circulatorio (Grupo 3)	3,6	0,0	3,9	4,3	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	2,0	2,2	2,5		
Enfermedades del sistema respiratorio (6,06 resto enfermedades del SR)	7,2	0,0	3,9	13,0	0,0	3,7	0,0	4,1	8,9	10,1	5,5	0,0	4,0	11,0	5,0		
Enfermedades del sistema digestivo (6,09)	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0		
Enfermedades del sistema genitourinario (6,10)	0,0	0,0	0,0	8,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4	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	8,9	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4	2,5		
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (6,13)	0,0	7,4	3,9	4,3	9,8	0,0	0,0	0,0	8,9	15,1	0,0	3,8	2,0	6,6	12,4		
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,0	3,7	3,9	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	0,0	5,0	1,8	1,9	2,0	0,0	2,5		
Todas las demás enfermedades (Grupo 6)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,5	0,0	0,0	4,5	0,0	3,7	0,0	0,0	2,2	0,0		
Causas externas de morbilidad y mortalidad (Grupo 5)	0,0	11,1	0,0	8,7	19,6	3,7	7,6	8,1	8,9	15,1	1,8	9,4	4,0	8,8	17,4		

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 104,3 muertes por 100.000 menores de cinco años, seguido de las malformaciones congénitas con una tasa de 50,1. Es importante mencionar que durante 2023, las enfermedades del sistema nervioso tuvieron un incremento en más de tres veces en contraste con 2022 y de casi dos veces más frente a 2019; este mismo comportamiento en 2023 pero respecto a 2019 sucedió con las enfermedades del sistema endocrinas y las causas externas de morbilidad y mortalidad (ver Tabla 22).

Tabla 22. Mortalidad específica por sexo en población menor de cinco años, localidad Kennedy, 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)	5,9	6,1	0,0	7,3	0,0	6,1	3,2	3,4	3,8	0,0	6,0	4,6	1,7	5,6	0,0	
Tumores (neoplasias) (Grupo 2)	8,8	6,1	3,3	0,0	12,3	6,1	0,0	10,2	7,5	0,0	7,5	3,1	6,7	3,7	6,3	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	12,7	0,0	0,0	3,4	0,0	6,3	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (6,02)	0,0	3,0	0,0	0,0	4,1	3,0	3,2	0,0	0,0	4,2	1,5	3,1	0,0	0,0	4,2	
Enfermedades del sistema nervioso (6,04)	5,9	6,1	6,6	0,0	12,3	0,0	0,0	0,0	3,8	4,2	3,0	3,1	3,4	1,9	8,3	
Enfermedades del sistema circulatorio (Grupo 3)	2,9	3,0	6,6	18,2	4,1	3,0	0,0	3,4	0,0	0,0	3,0	1,5	5,0	9,3	2,1	
Enfermedades del sistema respiratorio (6,06 resto enfermedades del SR)	14,7	6,1	6,6	25,5	4,1	21,3	3,2	6,8	18,8	12,7	17,9	4,6	6,7	22,2	8,3	
Enfermedades del sistema digestivo (6,09)	0,0	6,1	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	3,1	0,0	1,9	2,1	
Enfermedades del sistema genitourinario (6,10)	0,0	0,0	0,0	10,9	4,1	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	5,6	2,1	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (Grupo 4)	93,8	94,3	46,2	80,2	86,2	63,9	75,7	57,9	60,2	123,0	79,1	85,2	51,9	70,3	104,3	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (6,13)	61,5	33,4	33,0	51,0	36,9	27,4	34,7	30,6	56,4	63,6	44,8	34,1	31,8	53,7	50,1	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	5,9	9,1	6,6	3,6	8,2	9,1	6,3	3,4	22,6	4,2	7,5	7,7	5,0	13,0	6,3	
Todas las demás enfermedades (Grupo 6)	2,9	3,0	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0	3,8	0,0	6,0	1,5	0,0	1,9	0,0	0,0	
Causas externas de morbilidad y mortalidad (Grupo 5)	0,0	9,1	0,0	10,9	16,4	9,1	9,5	6,8	7,5	12,7	4,5	9,3	3,4	9,3	14,6	

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 23. Comportamiento indicadores trazadores PDD y PTS, localidad Kennedy, 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	16,8	18,3	87,1	66,5	24,0	0,0	35,9
Tasa de mortalidad perinatal	3,8	3,7	14,5	13,0	12,3	12,6	10,0
Tasa de mortalidad infantil	8,9	8,2	6,3	9,7	9,6	9,3	9,0
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	10,2	9,7	7,8	12,2	12,4	11,0	10,3
Prevalencia riesgo DNT Aguda en menores de 5 años	12,6	11,8	13,1	11,9	12,5	12,0	13,0
Prevalencia DNT Aguda en menores de cinco años	3,4	3,3	2,9	2,8	1,8	1,4	1,6
Proporción de bajo peso al nacer **	13,5	13,2	14,6	14,2	16,0	16,4	14,2
Tasa mortalidad prematura por condiciones crónicas	131,0	136,3	136,4	132,0	119,5	124,5	125
Tasa específica de fecundidad 10 a 14 años	0,5	0,7	0,5	0,3	0,5	0,7	0,6
Tasa específica de fecundidad 15 a 19 años	34,0	30,7	22,3	23,0	21,7	18,9	20,8
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,6	3,0	3,2	3,7	2,0	1,9	2,6
Tasa de mortalidad por suicidio	4,4	3,1	4,2	5,1	5,3	4,0	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 100% en contraste con 2019 y con 2023, puesto que no registraron muertes maternas. Al revisar el cumplimiento con la meta distrital, en 2024 este indicador se encontraba 100% por debajo de la meta para Bogotá (35,9 muertes maternas por 100.000 NV) (ver Tabla 23).

En la mortalidad perinatal, el comportamiento desde 2021 se ha mantenido estable siendo justamente ese año el que presentó la cifra más alta del periodo; para 2024 la tasa de mortalidad se encontraba más de dos veces por encima del registro para 2019 y 2,4% superior al indicador de 2023, adicionalmente, la localidad contó para 2024 con una tasa de mortalidad 26% más alta que la actual meta distrital (10 muertes por 1.000 NV) (ver Tabla 23).

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, el pico más alto del periodo se presentó en 2022, a partir de allí ha mostrado una tendencia al descenso. Para 2024 se evidencia incremento del 4,5% respecto a 2019 y reducción de 3,1% en contraste con el 2023. Frente a la meta distrital, el 2024 cerró con un 3,3% por encima de la misma (9,0 por 1.000 NV) (ver Tabla 23).

Por su parte, la mortalidad en menores de cinco años muestra un comportamiento similar a la mortalidad infantil, con un incremento en 2024 de 7,8% con respecto a 2019 y reducción de 11,3% en contraste con 2023; además, el indicador para la localidad en 2024 se encuentra 6,8% por encima de la meta distrital (10,3 muertes en menores de cinco años por 1.000 NV) (ver Tabla 23).

Para el riesgo de desnutrición, se evidenció decremento en 2024 con respecto a 2019 en 4,8% y del 4,0% en contraste con el 2023, teniendo en cuenta la meta establecida para el año inmediatamente anterior, la localidad se encontraba 7,7% 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 58,8% por debajo del indicador para el 2019 y 22,2% más baja que la registrada en 2023; así mismo, el reporte del último año se encuentra favorable de acuerdo con la meta distrital, con la cifra 12,5% más baja (1,6 menores de cinco años con desnutrición por 100 menores captados por SISVAN) (ver Tabla 23).

Con el paso de los años, se evidencia un comportamiento variable, pero con más cifras hacia el incremento del bajo peso al nacer, mostrando un leve descenso en 2020 y 2022, para luego retomar su curva hacia el ascenso. Durante 2024, se observa la proporción más alta del periodo, estando 21,5% por encima de la cifra del 2019 y 2,5% superior en contraste con 2023; así mismo, en el cierre de 2024, la localidad se encontraba superando en 15,5% la línea base local 2022 (14,2 por 100 NV) (ver Tabla 23).

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 5% más baja que la registrada en 2019 y 4,2% más alta que la de 2023. De igual manera para 2024, se encontraba 0,4% inferior a la meta distrital para el presente periodo (125 muertes tempranas por enfermedades crónicas por 100.00 Hab) (ver Tabla 23).

En relación con la tasa de fecundidad 10 a 14 en la localidad, se encuentra con una proyección hacia el incremento teniendo en cuenta su comportamiento hasta el 2024, considerando que venía en descenso hasta 2022 donde nuevamente retomo su curva hacia el ascenso; durante el año inmediatamente anterior, este indicador estuvo 32% por encima de la cifra del 2019 y 2023, respectivamente. Para 2024, los nacimientos de niñas entre 10 y 14 años en Kennedy se ubicaron 10% por encima de la meta distrital propuesta para el presente periodo de gobierno (0,6 nacimientos en menores de 10 a 14 años por 1.000 en ese rango de edad). Por su parte, la tasa de fecundidad de 15 a 19 años muestra una tendencia hacia el decrecimiento, con un único pico en 2022, donde se registró el indicador más alto del periodo. En 2024 la tasa de fecundidad se encontraba 44,4% más baja a la reportada en 2019 y 12,9% inferior a la del 2023; así mismo en 2024, el indicador se encontraba 9,1% por debajo de la meta distrital propuesta (20,8 nacimientos en mujeres adolescentes por 1.000 mujeres en ese rango de edad) (ver Tabla 23).

En lo que se refiere a la sífilis congénita, hasta 2022 se había observado una tendencia al aumento en el número de casos y por ende en la incidencia, sin embargo, en 2023 tuvo una reducción importante que continuo para 2024, contemplando en este último año un decremento de 26,9% respecto al año previo al inicio de la pandemia y 5% por debajo del indicador para 2023. En cuanto a la meta distrital (2,6 casos por 1.000 NV + fetales), la localidad para 2024 se encontraba con una incidencia 26,9% por debajo a la propuesta para Bogotá (ver Tabla 23).

Finalmente, frente a la mortalidad por suicidio, se evidencia una tendencia al incremento durante el periodo analizado hasta 2023; durante el 2024, la tasa de mortalidad en la localidad se encontraba 9,8% por debajo a la del 2019 y 25,6% inferior a la cifra reportada para 2023. Al revisar la meta distrital, Kennedy se encontraba en 2024 con un indicador 24% por debajo de la meta planteada para Bogotá y para dicho año, la localidad registró una tasa de mortalidad 9,7% por debajo del reporte para la ciudad (ver Tabla 23).

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” (66).

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 (66), 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 24. Principales problemáticas colectivas, localidad Kennedy, 2023 – 2024*

Problemática Colectiva	2023		Problemática Colectiva	2024 (I semestre)	
	n	%		N	%
Manejo inadecuado de residuos sólidos	32	21,5%	Manejo inadecuado de residuos sólidos	18	15,6%
Inseguridad, entorno propicio a violencia y conflictos	21	18,6%	Inseguridad, entorno propicio a violencia y conflictos	12	13,5%
Consumo de SPA en espacio público, parques y zonas de recreación	17	18,6%	Infraestructura vial y riesgo de accidentalidad	11	13,5%
Invasión del espacio público(andén, parque, zona verde)	16	14,1%	Consumo de SPA en espacio público, parques y zonas de recreación	10	11,5%
Infraestructura vial y riesgo de accidentalidad	12	9,6%	Invasión del espacio público (andén, parque, zona verde)	7	11,5%
<i>Otras problemáticas</i>	31	17,5%	<i>Otras problemáticas</i>	33	34,4%
TOTAL	129	100%	TOTAL	91	100%

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

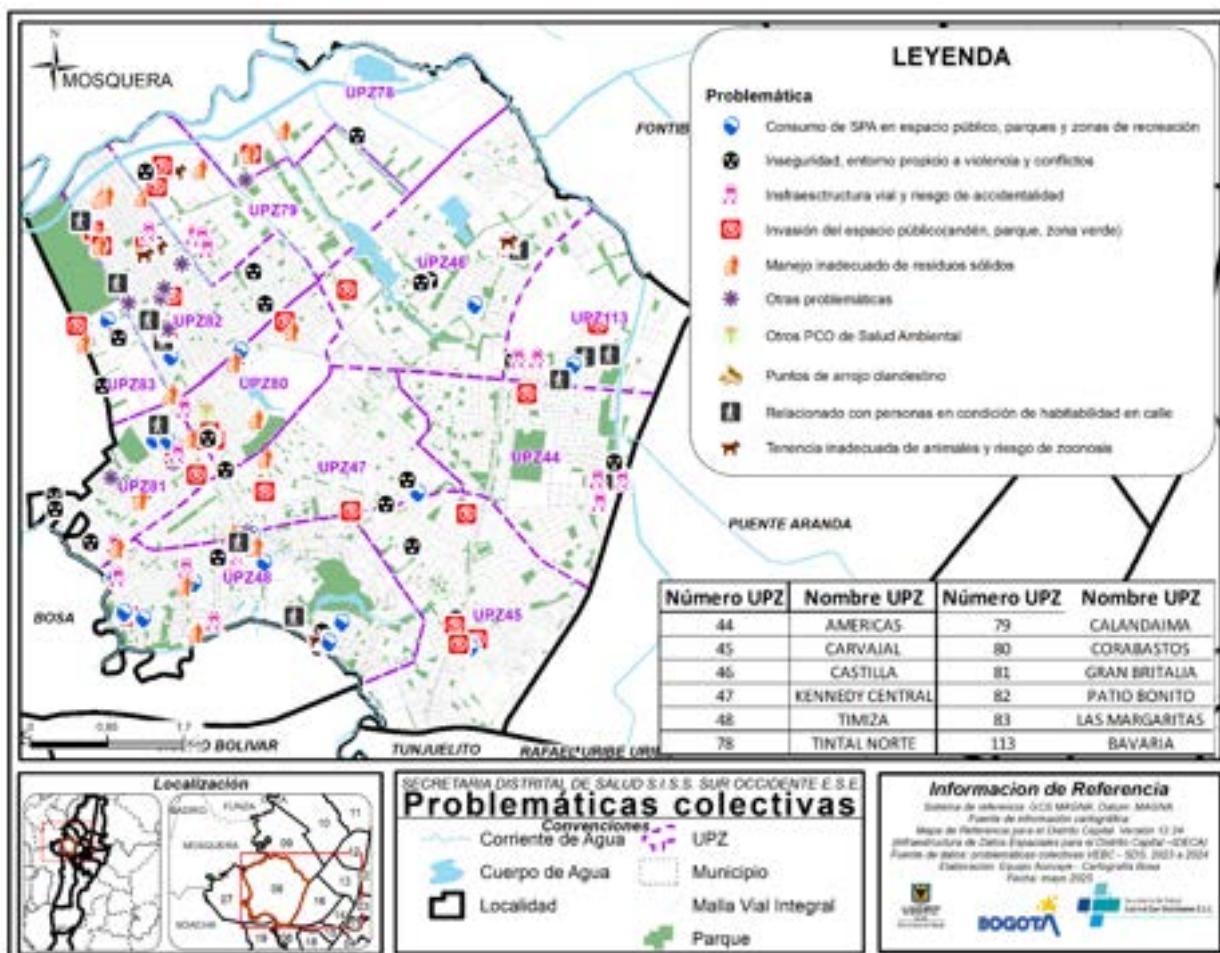
*primer semestre 2024 (parcial y preliminar)

El manejo inadecuado de residuos como problemática ambiental concentra el entre el 21,5% y el 15,6% 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 13,5% y 18,6%, problemática que hace parte del eje social, las siguientes problemáticas notificadas al

subsistema de vigilancia, difieren en su orden para 2023 y primer semestre de 2024, pero tienen relación en su mayoría con el eje social (ver Tabla 24).

Para el año 2021, según los resultados de la Encuesta Multipropósito, del total de hogares encuestados en la localidad Kennedy (n=362.727), el 18,9% indicaron estar cerca a expendios de drogas. A nivel de UPZ, las que tienen mayor porcentaje de respuesta afirmativa son Corabastos, seguido de Carvajal y Tintal Sur con el 65,5, 36,8 y 36,4%, respectivamente. De otro lado, al indagar por la presencia de roedores, insectos o animales que causan molestia en el entorno, el 20,1% de los hogares encuestados, manifestaron encontrarse cerca de estos focos, en especial en la UPZ Tintal Sur donde el 62,1% de los hogares respondió afirmativamente a esta pregunta. Así mismo, el 12,8% de los hogares encuestados, afirmaron estar cerca de botaderos de basura o basureros, con mayor presencia de estos puntos críticos ambientales en la UPZ Corabastos con el 37,2% (41).

Mapa 18. Problemáticas colectivas de la localidad de Kennedy, 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 44, 45, 48, 80, 81 y 82, los cuales son: en la UPZ 44 Floresta del Sur y La Igualdad, en la UPZ 45 Nueva York II, El Progreso II Sector y Nueva York, en la UPZ 48 Nueva Timiza, Sagrado Corazón, Berlín, Perpetuo Socorro y Pastranita II Sector, en la UPZ 80 Villa Nelly, Villa de la Loma, Pinar del Río y Pinar del Río II Sector, en la UPZ 81 Gran Britalia y en la UPZ 82 Altamar, Las Brisas, Ciudad Granada y Jazmín Occidental (ver Mapa18).

En conclusión, al revisar el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de la población en la localidad Kennedy, los traumatismos en miembros inferiores y de cabeza fueron las principales causas de consulta por urgencias y hospitalización en hombres, seguido de los síntomas que involucran el abdomen, siendo este último, el mismo motivo de atención a mujeres con mayor predominio; de otro lado, vale la pena mencionar las enfermedades del sistema circulatorio en especial las hipertensivas, isquémicas y cardiovasculares, dado que se destacaron por ser la primera causa de defunción en la población, seguida por las neoplasias a nivel de órganos genitourinarios. Por su parte, el 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 esta, la mortalidad perinatal y el bajo peso al nacer. Finalmente, en cuanto a las problemáticas sociales y ambientales identificadas en la localidad de Kennedy, 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) 2024-2027 (67), se han definido una serie de estrategias a las que el sector salud, en colaboración con diversos sectores de la ciudad de Bogotá, orienta sus esfuerzos para mejorar las condiciones de salud de los residentes en los diferentes territorios. Cada localidad presenta particularidades en los comportamientos en salud, influenciadas por determinantes sociales de la salud, que se abordaron en el capítulo II. Además, la gobernanza y gobernabilidad, aunque opera de manera general en todas las localidades, puede mostrar desarrollos diferenciados según el territorio.

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

Los núcleos de inequidad son categorías analíticas que permiten identificar y priorizar los factores estructurales e intermedios que generan desigualdades en salud. Estos núcleos que se definen con mayor detalle en el capítulo III reflejan cómo las condiciones sociales, económicas, ambientales y del sistema de salud impactan el acceso a servicios, la calidad de la atención y los resultados en salud de la población. Su análisis facilita la formulación de estrategias para reducir brechas de inequidad y mejorar el bienestar de los diferentes grupos poblacionales. A continuación, se presentan los principales núcleos de inequidad identificados en el contexto del Distrito Capital.

En este contexto, los núcleos de inequidad socio-sanitaria emergen como una herramienta clave para sintetizar y priorizar los determinantes sociales que generan resultados negativos en la salud de diversas poblaciones o comunidades. Estos núcleos incluyen elementos como el determinante social de la salud con sus características específicas en un territorio, así como las relaciones entre este determinante y los

procesos de salud-enfermedad-atención, respecto a eventos o conjuntos de eventos en salud pública, que a su vez impactan la vida de personas, familias y comunidades.

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

Este núcleo se relaciona con las inequidades en el acceso efectivo, la distribución y la calidad en la atención en salud que enfrenta la población residente del Distrito Capital. Estas inequidades que, son injustas y evitables, se materializan en gastos de bolsillo, suficiencia en la prestación de servicio y dificultades para navegar en el sistema de salud, (esto puede derivar en barreras para el aseguramiento). Igualmente, el núcleo emerge de una desigual distribución de la oferta de servicios aunado a dificultades en la calidad en la atención. Es decir, dificultades en la oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e infraestructura y tecnologías de diagnóstico. (68) La mortalidad en menores de cinco años superó la meta distrital para 2024 en 6,8%; en este año se registraron 87 defunciones en menores de cinco años, 54% de régimen contributivo, el 56,3% falleció a causa de malformaciones congénitas y afecciones originadas en el periodo perinatal como trastornos respiratorios del recién nacido, el 10,3%, el 19,5% por complicaciones, traumas obstétricos y sepsis del recién nacido. El 83,9% era población menor de un año. De acuerdo con la notificación de eventos de interés en salud pública que se reporta al SIVIGILA, la desnutrición aguda en menores de cinco años para la localidad de Kennedy, en 2023 tuvo incremento del 24% en contraste con 2019.

Por su parte, el bajo peso al nacer tuvo incremento del 2,5% en 2024 respecto a 2023 y 7,2% por encima de la meta distrital para 2024. El 9,5% del total de nacimientos fueron recién nacidos con peso inferior a 2.500 gr (n=1.295), el 54,7% corresponde a sexo femenino. El 51% de estos menores nacieron pretérmino, el 23,4% son hijos de madres que solo asistieron a cuatro o menos controles prenatales, el 66,4% fueron nacimientos por cesárea y el 10,5% de los nacimientos de bajo peso, fueron dobles. Finalmente, el 9,1% fueron nacimientos de madres menores de 19 años, el 28% tenían afiliación a régimen subsidiado y el 53,1% de los nacimientos con bajo peso son producto del segundo o mayor número de embarazos. Las coberturas de vacunación de triple viral y pentavalente se ubicaron por debajo del 75% en 2023 y 2024.

Por lo anterior, dentro de este núcleo se posicionan las problemáticas de “Las condiciones socioeconómicas y laborales afectan el acceso a recursos esenciales para la salud. Ingresos insuficientes, bajo nivel educativo y precariedad laboral perpetúan dinámicas locales de ciclos de pobreza. Además, la falta de alimentación adecuada, largas jornadas laborales y escasos espacios para actividad física favorecen factores de riesgo como obesidad, hipertensión y tabaquismo. En consecuencia, ha aumentado la incidencia de enfermedades cardiovasculares y cáncer, especialmente en la población mayor y en mujeres, quienes enfrentan barreras adicionales en el acceso a la salud y cargas de trabajo considerables.”, “El acceso a recursos esenciales para el bienestar infantil está determinado por factores como el nivel educativo de los cuidadores, la estabilidad laboral y la capacidad para garantizar una atención prenatal y postnatal adecuada. La predominancia de los estratos 2 y 3 en la localidad puede estar asociada a la presencia de necesidades básicas insatisfechas, lo que dificulta el acceso oportuno a servicios de salud y a una alimentación adecuada. A esto se suman barreras como la falta de información sobre la importancia de los controles médicos y las dificultades para acceder a ellos, lo que impacta el seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil. Como resultado, ha aumentado la mortalidad por afecciones respiratorias y malformaciones congénitas, así como los casos de desnutrición y bajo peso al nacer.” y “Los determinantes asociados al género, posición socioeconómica y la edad, pueden influir negativamente en las posibilidades de acceso que los individuos tienen a los servicios designados por el sector para atender sus necesidades. Por otro lado, la carencia de ingresos estables, documentación adecuada y estar expuestas a acciones discriminatorias y violentas, aumentan las disparidades en el acceso y oportunidades

de atención a su salud. De esta manera, se identifica una falta de corresponsabilidad en las mujeres de 10 a 14 años en la localidad de Kennedy. La anterior situación puede desencadenar en afecciones de salud como morbimortalidad materna, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, deserción educativa, ciclos de pobreza, infecciones sistémicas, eclampsia, entre otras.”.

Estas problemáticas están relacionadas con la distribución de oferta de servicios y la oferta de los prestadores de salud, lo anterior se debe a las dificultades estructurales relacionadas con la atención en salud, además de otras problemáticas relacionadas a la disponibilidad de citas, acceso efectivo a la información, calidad del servicio, la ubicación geográfica de los centros de atención, o los trámites previos necesarios para atender las necesidades en salud de la población (69) .

Las barreras en el acceso anteriormente mencionadas, sumado a determinantes de la localidad asociados con la pobreza, influyen en la aparición de inequidades laborales y educativas, las cuales aumentan la vulnerabilidad de la población infantil y adolescente temprana de la localidad.

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

Este núcleo reconoce que el contexto social produce una estratificación que asigna a las personas diferentes posiciones según la clase, el género, la raza, la etnia, la ocupación y el nivel educativo, las cuales generan, condiciones materiales y de bienestar diferenciadas y que a su vez desencadenan procesos de inequidad en salud. Teniendo en cuenta lo anterior, el núcleo contempla las siguientes categorías: 1) capacidad de ingresos, nivel educativo, empleo y condiciones de vivienda; 2) Momento de curso de vida, género y grupos poblacionales que pueden tener necesidades diferentes en razón a sus particularidades diferencias y diversidades; 3) situaciones y condiciones socio ambientales, específicamente en cuanto a la contaminación y manejo de residuos sólidos; 4) geografía teniendo en cuenta la apropiación del espacio público y el uso del suelo; 5) socio-culturales donde se relacionan aspectos del autocuidado, redes de apoyo o reproducción de mecanismos, hábitos y rasgos culturales; 6) oferta de servicios sociales donde se complementa la oferta intersectorial o la carencia de la misma para atender a los diferentes grupos poblacionales. (68)

De acuerdo con los reportes realizados al SIVIGILA, la tuberculosis tuvo un incremento en el número de casos notificados del 34,6% durante 2023, en contraste con 2019; situación similar ocurrió con la Hepatitis B cuyo incremento fue del 152,8% durante 2023, frente a 2019 y aumento del 137,5% para Hepatitis A, para el mismo periodo.

En este núcleo se ubica la problemática de “Las condiciones socioeconómicas y ambientales son dos de los determinantes estrechamente asociados a la salud, circunstancias como el acceso limitado a vivienda digna, hacinamiento y las deficiencias en saneamiento básico generan ambientes poco higiénicos para la población. Además, las deficiencias existentes en construcción de entornos saludables en los hogares dificultan la apropiación de hábitos de vida proclives a la prevención de enfermedades como la Tuberculosis y la Hepatitis A y B. De esta forma, se identifica la existencia de prácticas insalubres en la localidad de Kennedy, que pueden incidir negativamente en la salud como daños psicológicos, problemas pulmonares, trastornos digestivos, factores de riesgo asociados con otras enfermedades como el cáncer o la cirrosis, entre otras.”

Esta problemática está relacionada con la categoría sociocultural, específicamente con el autocuidado, ya que la población de las mujeres y las PSHC no solo viven en condiciones y adoptan hábitos de vida poco saludables debido a factores sociales y culturales de su contexto, los cuales tienen implicaciones negativas en su salud, además de propiciar el desarrollo de ambientes perjudiciales para su salud.

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. (68)

La tasa de fecundidad de 10 a 14 años mostró un indicador que supera la meta distrital para 2024, en 10%. El 0,15% del total de nacimientos corresponden a madres de 10 a 14 años (n=21). El 19% de estos nacimientos fueron pretérmino, el 42,8% eran adolescentes que solo asistieron a cuatro o menos controles prenatales, el 28,5% fueron nacimientos por cesárea. Finalmente, el 42,8% tienen afiliación a régimen subsidiado y el 4,7% (n=1) de los nacimientos corresponde a su segundo embarazo. El 28,5% de las madres adolescentes eran de procedencia venezolana. Finalmente, de acuerdo con los reportes realizados al SIVIGILA, las violencias mostraron incremento del 52,1% durante 2023, en contraste con 2019.

En este núcleo se aborda la problemática relacionada a “Los determinantes asociados al género, posición socioeconómica y la edad, pueden influir negativamente en las posibilidades de acceso que los individuos tienen a los servicios designados por el sector para atender sus necesidades. Por otro lado, la carencia de ingresos estables, documentación adecuada y estar expuestas a acciones discriminatorias y violentas, aumentan las disparidades en el acceso y oportunidades de atención a su salud. De esta manera, se identifica una falta de corresponsabilidad en las mujeres de 10 a 14 años en la localidad de Kennedy. La anterior situación puede desencadenar en afecciones de salud como morbilidad materna, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, deserción educativa, ciclos de pobreza, infecciones sistémicas, eclampsia, entre otras.”

Esta problemática se comprende desde la categoría de acceso, debido a que los determinantes previamente mencionados se convierten en barreras que dificultan la accesibilidad a los servicios y ofertas del sector, lo anterior, sumado a la condición de migrante se expresa en aún mayores inequidades en salud, lo cual conlleva a la existencia de dificultades en los procesos de Alfabetización en salud para la atención de 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 (68). Para 2024 se presentó incremento del 100% respecto a 2023 en la mortalidad por neumonía, con el reporte de un caso de un menor masculino de 2 meses, con afiliación al régimen subsidiado, producto de segundo embarazo, hijo de madre de 20 años, soltera, quien había cursado hasta básica primaria.

La problemática asociada a este núcleo es “La pobreza, presencia de necesidades básicas insatisfechas y la desigualdad social del territorio juegan un papel clave en la calidad de vida de las personas y el acceso a ofertas y servicios por parte de la población más vulnerable. Factores como el bajo nivel educativo y las características del sistema sanitario influyen en el acceso a información y recursos para la prevención de enfermedades. Se identifica la ausencia de educación sobre el sistema sanitario como un problema que influye en las inequidades. Provocando como resultado la afectación de la salud en la población infantil de la localidad, desencadenando afectaciones respiratorias como la neumonía, problemas de salud posteriores relacionados con afecciones hepáticas y cardíacas.”

El análisis de esta problemática se realiza a partir de la categoría de alerta y coordinación entre actores al buscar la prevención de la problemática mediante las acciones preventivas, haciendo uso de la articulación de acciones sectoriales e intersectoriales.

3.6 Reflexiones Finales

Concluyendo, en la localidad de Kennedy, a pesar de la tendencia decreciente en las atenciones, urgencias y consultas que la localidad ha presentado de forma general, la presencia de aumentos en problemáticas relacionadas con inequidades y desigualdades sociales, como lo son las violencias basadas en género y desnutrición infantil pueden implicar que aún existen varios factores de vulnerabilidad que afectan principalmente a estas poblaciones, asociadas no solo a las desigualdades de género, sino a las inequidades económicas que dificultan la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas, tanto de la persona, como del núcleo familiar al que pertenece.

Por otro lado, las problemáticas ambientales existentes, relacionadas con el manejo inadecuado de residuos sólidos y la existencia de zonas de focos de inseguridad y la cercanía de algunos hogares con zonas de expendio de drogas, pueden aumentar la prevalencia de mortalidad por causas externas, afectando principalmente a las poblaciones más vulnerables, como lo son la población primera infancia y las mujeres.

Las situaciones anteriormente descritas pueden agravarse teniendo en cuenta que pueden existir limitaciones por parte de las distintas instituciones al momento de garantizar el acceso a derechos relacionados con la atención en salud, la limpieza o higiene de la localidad, la participación ciudadana y la promoción en materia de prevención, alerta y respuesta ante emergencias, especialmente teniendo en cuenta los distintos determinantes estructurales relacionados con la condición socioeconómica que pueden poner en un riesgo mayor a ciertas poblaciones al acceso a servicios y oportunidades, como lo son la población migrante, las mujeres o las personas de la tercera edad, las cuales podrían experimentar mayores barreras de acceso relacionadas con el desconocimiento de sus derechos y oportunidades.

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

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

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

Las políticas públicas pueden catalogarse en Top-Down y Bottom-Up, considerando las primeras cuando involucran la participación de un solo actor, ya sea el estado o sus entidades, las cuales definen la problemática y la forma de abordarla, asignando presupuestos, actividades específicas, resultados esperados y objetivos planteados, calificándola posteriormente 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, en la mejora de las condiciones de vida de una población, y en cambios comportamentales, teniendo en cuenta las problemáticas y retroalimentación de la población objetivo, considerando el éxito de la política a partir de la participación de los actores sociales involucrados, quienes pueden establecer metas, demostrar potencialidades, posibles limitaciones, metodologías relevantes y resultados.

Por lo anterior, es posible que la aproximación más adecuada para la formulación de políticas públicas que atiendan las necesidades sociales, ambientales, los contextos y condiciones estructurales, sea una aproximación de política pública de corte *Bottom-Up*. (70)

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

Frente a las respuestas ante estas problemáticas, asociadas a la existencia de hábitos de vida poco saludables, falta de responsabilidad mutua en materia de salud sexual y reproductiva y barreras frente al acceso a servicios de salud, se identifican algunos actores intersectoriales como la Secretaría Distrital de Integración Social -SDIS-, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, Secretaría De Salud -SDS-, Secretaría De la Mujer-SDM-, Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia-SDSCJ-, la Secretaría de Desarrollo Económico -SDE-, la Secretaría de Educación Distrital-SED-, quienes en articulación con la Alcaldía Local han desarrollado jornadas de apoyo a la alimentación saludable, 13 jornadas de vacunación y el desarrollo de mesas informativas para la educación sexual integral de la población. En las mesas informativas no solo se educa a la comunidad acerca de las ofertas institucionales del sector, adicionalmente funcionan como espacios en los cuales se discuten las problemáticas concernientes a la temática correspondiente presentes en la localidad, se realiza un diálogo para facilitar una comunicación directa con la alcaldía sobre las problemáticas de la localidad y darles una posible respuesta. Por otro lado, en las jornadas de apoyo a la alimentación saludable se realizan actividades y ejercicios dinámicos con el objetivo de ofrecer información sobre el contenido nutricional de los alimentos, ofreciendo alternativas y

reemplazos saludables para la dieta de la población. Otras respuestas intersectoriales adelantadas para la problemática han sido la promoción de los comedores comunitarios para suprir parcialmente las necesidades nutricionales de la población más vulnerable por parte de la Secretaría de Integración Social, la cual posee 11 comedores comunitarios en la localidad, mediante los cuales se ofrecen servicios de alimentación a las poblaciones más vulnerables, la SDIS también ofrece un apoyo a los requerimientos alimentarios de la población menor de edad, cubriendo un porcentaje del requerimiento de alimentación diaria, y el acceso a las manzanas del cuidado dirigidas por la Secretaría De la Mujer, en las manzanas del cuidado se ofrecen servicios de ayuda para hombres, mujeres, personas cuidadoras y la ciudadanía general como centros de escucha, orientaciones psico jurídicas, facilitar el contacto con grupos comunitarios de apoyo, promoción de actividades físicas, orientaciones ocupacionales, acceso a consultorios médicos, educación financiera, agricultura urbana entre otros servicios para las mujeres, para la población infantil estas manzanas ofrecen refuerzos educativos, promueven actividades para la promoción del autocuidado e higiene, actividades artísticas, de lectura y de actividad física. Para las personas mayores se promueven actividades físicas, de lectura, de promoción en salud, participación en salud, para las personas en situación de discapacidad se les apoya con redes de cuidado, actividades físicas, de lectura y promoción de la participación en salud. Por último, puede destacarse la conformación del comité en Seguridad Alimentaria Nutricional el cual se encarga de implementar y hacer seguimiento de la política de seguridad alimentaria en la localidad.

Por parte de la Secretaría de Desarrollo Económico se destaca el desarrollo de actividades de financiamiento, promoción de acceso a créditos y asesorías financieras, dirigidas especialmente para mujeres de la localidad, con el objetivo de aumentar la inclusión, independencia financiera y el crecimiento empresarial en la localidad. Adicionalmente, esta también ha abierto nuevos puntos de mercados campesinos. En el caso de la secretaría de Educación, en la localidad ha desarrollado jornadas de promoción de la educación para la población en la primera infancia mediante la iniciativa De La Mano Contigo, con el objetivo de ofrecer información, herramientas e iniciar procesos de vinculación de esta población a la educación que ofrecen los colegios oficiales y jardines infantiles de la localidad, facilitando a su vez posibles tiempos de respuestas de estas instituciones. La Alcaldía local, junto a la policía nacional ha adelantado actividades de inspección a locales comerciales para reducir la inseguridad y las condiciones insalubres alrededor de estos establecimientos. La secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia realiza ejercicios complementarios de prevención frente a temas de seguridad y convivencia.

Dentro de la respuesta comunitaria, se destaca la conformación de mercados campesinos y la conformación de grupos juveniles que promueven la sexualidad segura y responsable. En los primeros, estos espacios se ofrecen y desarrollan principalmente en los días sábados, en ciertos parques o plazas designados de la localidad, como la macarena o la Plaza de Kennedy con el objetivo de promover las actividades económicas de la población campesina de la localidad y la compra directa de sus productos. En cuanto a los grupos juveniles se destaca el sex festival de Kennedy, en el cual se organizan actividades artísticas y educativas sobre temas relacionados con la sexualidad para educar a la población y eliminar tabúes acerca de esta, además de ofrecer información acerca de las herramientas institucionales disponibles y cómo acceder a ellas.

Sectorialmente, los principales alcances para las problemáticas de este núcleo han consistido en la formación en prevención y promoción, el apoyo del equipo de huertas comunitarias para favorecer el acceso que la población tiene a la alimentación saludable y la reducción de su costo, el desarrollo de jornadas de recuperación del espacio público, fortalecimiento de las canalizaciones y rutas de atención de violencias, jornadas con los entornos educativos y laborales para la reducción del trabajo infantil y el trabajo sexual.

En este ámbito también se han identificado limitaciones relacionadas con la ausencia de talento humano, barreras existentes en el acceso a servicios de salud por parte de la población migrante no regularizada, la cual solo puede ser atendida en servicios de urgencias.

Intersectorialmente, entre los principales alcances se pueden resaltar la articulación intersectorial en la implementación de las huertas comunitarias, la canalización de los casos reportados entre las distintas instituciones y programas como los comedores comunitarios o jardines infantiles para la captación de población, el desarrollo de actividades con instituciones cooperantes como PAIS para el desarrollo de acciones conjuntas con la población migrante irregular, adicionalmente se resalta el desarrollo de articulaciones con el ICBF y la SDIS para garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes, por último se destaca el accionar conjunto a la alcaldía local en la detección de alertas tempranas para evitar el agravamiento de las problemáticas. Sin embargo, a su vez se han identificado limitantes, las cuales están relacionadas con los respectivos enfoques de las distintas entidades distritales y sus misionalidades, lo cual no permite una articulación efectiva o limita su participación.

Comunitariamente, los principales alcances han consistido en el acompañamiento a la comunidad en la promoción de huertas comunitarias y los mercados campesinos, los cuales no solo benefician a la población y favorecen a la población rural local, además, han permitido aumentar el acceso a la alimentación saludable a un costo más asequible, también se han realizado mesas con mujeres y población joven para apoyar las instancias y procesos de participación ciudadana, de tal forma que puedan exponer sus puntos de vista, problemáticas percibidas y propuestas, como la promoción de la educación en materia de salud, derechos sexuales y reproductivos, además de los distintos servicios a los cuales las niñas pueden acceder desde los colegios.

Las principales limitaciones identificadas desde lo comunitario han sido identificadas como el desconocimiento acerca de las ofertas locales como las huertas comunitarias o las capacitaciones en el cuidado de su salud, problemas relacionados con la xenofobia y la condición migrante, lo cual limita el acceso de esta población a los servicios de salud, además de la ausencia de mercados campesinos comunales establecidos en la localidad.

La respuesta adelantada en el distrito para la problemática ha sido insatisfactoria debido a la ausencia en los controles de salud general, y el alcance limitado de la conformación de estos grupos.

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

En cuanto a la respuesta para las problemáticas de este núcleo, asociadas a la ausencia de educación sobre el sistema sanitario, presencia de prácticas insalubres, ausencia de hábitos de vida saludables y barreras en el acceso a servicios de salud, se destacan actores intersectoriales como la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos-UAEPS-, la Secretaría de Ambiente- dirección GEA, Alcaldía local, Ciudad Limpia, Jardín Botánico de Bogotá, Subred Sur Occidente, Secretaría de Salud-SDS-, Secretaría de Integración Social -SDIS-, Instituto Distrital de Recreación y Deporte-IDRD-, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF-, el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud-IDIPRON-, la Secretaría Distrital de la Mujer-SDM- y la secretaría de Desarrollo económico, los cuales han realizado jornadas de fortalecimiento en hábitos de prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, jornadas de cuidado e intervenciones de puntos críticos de arrojo de basuras.

Adicionalmente en los casos que afecten a la población menor de edad, se realizan articulaciones con el ICBF para la restitución de sus derechos y condiciones de vida, para el caso de las mujeres afectadas por la problemática, la secretaría distrital de la mujer coordina las acciones y ofertas de las manzanas del cuidado para esta población, además, realiza coordinaciones con el IDRD para la oferta de espacios o actividades recreativas y de promoción de hábitos de vida saludables. La UAESP ha desarrollado actividades de recolección de residuos como escombros, construcción y demolición a través de jornadas de eco puntos en la localidad. La Secretaría de Ambiente ha realizado jornadas de limpieza en las rondas hídricas de la localidad. La alcaldía local, adicionalmente a ofrecer asistencia a la anterior actividad, por su parte ha realizado actividades de limpieza de las rondas hídricas de la localidad, ferias de autocuidado y promoción de hábitos de vida en población menor de edad.

El operador Ciudad Limpia en la localidad realiza actividades de limpieza, intervención de puntos críticos y atiende reportes de acumulación de residuos. El jardín Botánico de Bogotá, en la localidad realiza jornadas de siembra de árboles y plantación con la participación de la población local y menores de edad, con el objetivo de aumentar la conciencia ambiental y el sentido de pertenencia de las personas por la localidad y asistencia a las huertas comunitarias y ha desarrollado jornadas de recuperación ambiental. Este, en apoyo 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.

La Secretaría 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, promueve el desarrollo de habilidades de lectura, escritura, el descubrimiento y la exploración de intereses o habilidades artísticas. Por último, la secretaría de Desarrollo Económico, adicionalmente a promover el acceso a oportunidades financieras de la población más vulnerable, ha contemplado la estrategia de los mercados campesinos.

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, 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.

Respecto a los Eventos No Transmisibles y Transmisibles, para su respuesta se destacan actores como la SDS-Secretaría de Salud y el IDRD-Instituto Distrital para la Recreación y Deporte, 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. Se destaca también la conformación del comité en Seguridad Alimentaria Nutricional el cual se encarga de implementar y hacer seguimiento de la política de seguridad alimentaria en la localidad.

En cuanto a iniciativas comunitarias, se destaca para los eventos No-Transmisibles la realización de reuniones de personas con enfermedades crónicas en los clubes de pacientes crónicos, cuyas actividades se desarrollan en las Unidades de Servicios de Salud o en los Salones Comunales de la localidad, con el objetivo de brindar información oportuna y precisa acerca de estas enfermedades, ofrecer espacios en los cuales por medio de la asesoría de profesionales en salud puedan resolverse inquietudes acerca de los

tratamientos y efectos de estas enfermedades en los pacientes, promoviendo hábitos de vida saludables y el uso oportuno de los servicios de salud.

Para los eventos Transmisibles, existe la iniciativa Transformando Vidas. Ambas iniciativas comunitarias anteriormente mencionadas tienen por objetivo crear y fortalecer vínculos entre estos grupos de personas mediante reuniones y actividades desarrolladas entre los participantes para promover proyectos de vida, el acceso a servicios de salud e incidir en la construcción de redes de apoyo.

Sectorialmente, los principales alcances para las problemáticas de este núcleo han consistido en la observancia desde el sector salud en los puntos de venta de alimentos y medicamentos para garantizar la calidad del servicio, se ha realizado el respectivo acompañamiento en las jornadas de recuperación y limpieza del espacio público, además de promociones de hábitos de vida saludables y prevención de enfermedades, articulaciones con la comunidad mediante el programa de Muros Verdes y las huertas locales, Así mismo, se destaca el desarrollo de 38 jornadas de educación y sensibilización en torno a la gestión de residuos, 13 jornadas de vacunación, al igual que la intervención de 77 puntos críticos en la localidad y el desarrollo de 12 mesas sectoriales de infancia en las cuales se socializan las dudas, necesidades y ofertas disponibles para la población menor de edad. En este ámbito también se han identificado limitaciones relacionadas con la ausencia de talento humano, equipamiento en salud, barreras existentes en el acceso a servicios de salud por parte de la población migrante no regularizada, la cual solo puede ser atendida en servicios de urgencias.

Intersectorialmente, entre los principales alcances se puede resaltar la recuperación del espacio público, adicionalmente se ha logrado una mayor incidencia en el manejo de residuos sólidos gracias a las jornadas educativas llevadas a cabo por los sectores involucrados, también se han realizado jornadas efectivas de vigilancia en alimentación y acceso a medicamentos con la participación y coordinación de la policía, la Secretaría De Integración Social-SDIS-, la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos-UAESP-, Ciudad Limpia y la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia-SDSCJ-, otros alcances son la implementación de huertas comunitarias y promoción de jornadas de actividad física con el Instituto Distrital de Recreación y Deporte-IDRD-, además de las canalizaciones de casos a otras instituciones o programas que puedan ayudar a la población afectada como los comedores comunitarios, jardines infantiles, PAIS, entre otros. Las principales limitaciones que se identificaron consisten en el cumplimiento de ciertas metas o indicadores por parte de las distintas instituciones que pueden no responder a la problemática identificada e intervenida, por esta razón, suelen participar parcialmente o en ciertas etapas específicas de los procesos o jornadas.

Comunitariamente, los principales alcances han consistido en el acompañamiento a la comunidad en jornadas de limpieza en sectores de la localidad como María Paz, además de la promoción de huertas comunitarias y los mercados campesinos, los cuales no solo benefician a la población y favorecen a la población rural local, además, han permitido aumentar el acceso a la alimentación saludable a un costo más asequible, se han realizado jornadas de actividad física de la mano con el IDRD en las cuales se coordinan acciones con grupos comunitarios para la promoción de hábitos de vida saludables. Las principales limitaciones identificadas desde lo comunitario han consistido en la ausencia de acciones y participación de las jornadas, sumado a los desconocimientos acerca de las ofertas locales como las huertas comunitarias o las capacitaciones en el cuidado de su salud.

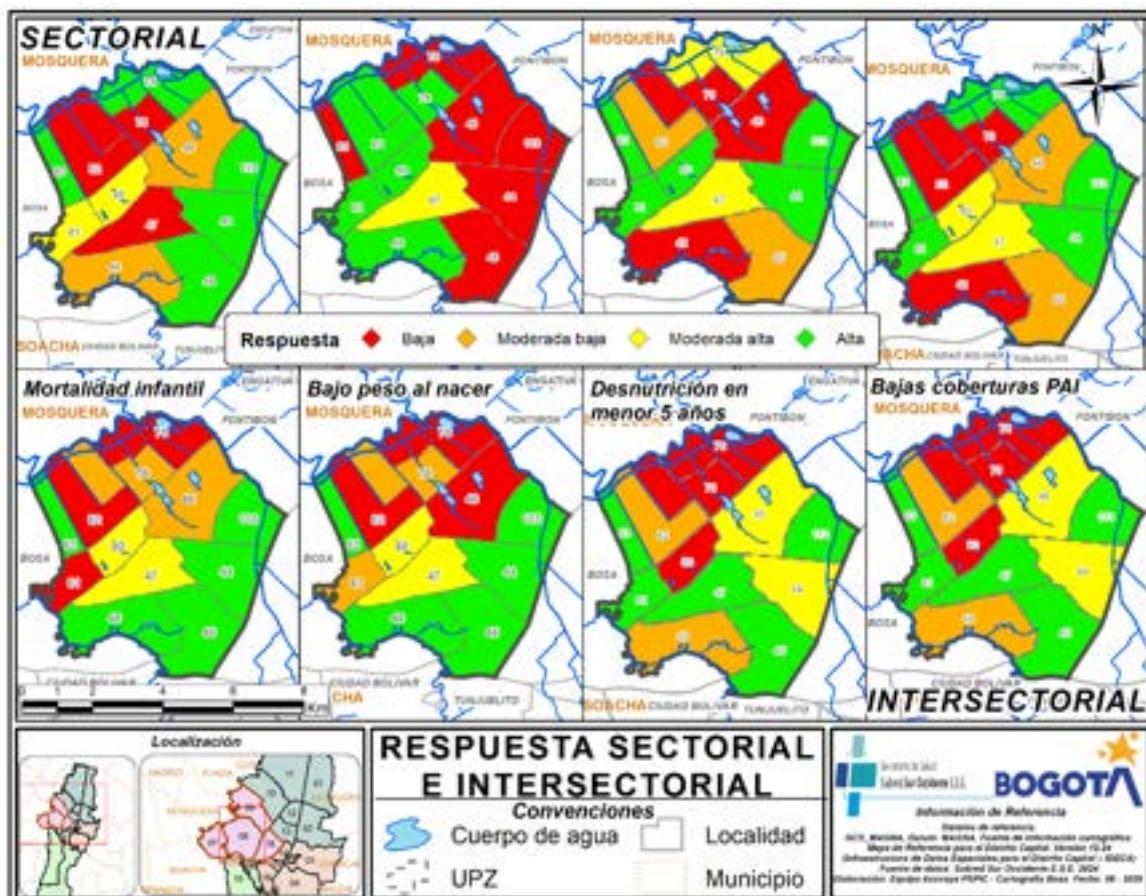
La respuesta adelantada en el distrito se ve reflejada en 2 frentes: uno el sectorial desde la Empresa Social del Estado -E.S.E.- que tiene la responsabilidad de salud para la localidad, representada en este caso por la Subred Sur Occidente E.S.E. a través de su accionar desde la dirección de gestión 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 19)

La respuesta dada para el evento de mortalidad infantil desde lo sectorial presenta una baja respuesta en las UPZ 47, 79 y 82, seguido de las UPZ 46 y 48, dado principalmente por la alta cantidad de población residente en estas UPZ; en la respuesta intersectorial se mantienen en parte la misma baja respuesta excepto para las UPZ 47 y 48 que con mayor accionar presenta una mejor respuesta en comparación con la sectorial (ver Mapa 19). Para este evento el accionar de los EBEH y PAI en las UPZ 44, 45, 78, 83 y 113 es alta en los lugares donde logran acceder, pero en los conjuntos residenciales cerrados en donde no ingresan se complementa el sector salud con los seguimientos de las EPS privadas a la población afiliada y residente en estas zonas, contrario a lo ocurrido en las UPZ 47, 79 y 82 en donde por ambas partes se ve un accionar bajo debido a dos factores, uno la alta migración de la población que reside en las UPZ 47 y 82 que cambia de residencia de manera frecuente y dos en la UPZ 79 la gran cantidad de conjuntos residenciales cerrados a los cuales se presenta una dificultad de acceso permanente a los equipos de salud.

La respuesta dada para el evento de bajo peso al nacer desde lo sectorial presenta una baja respuesta en la UPZ 83 y las UPZ al occidente de localidad; desde lo intersectorial la respuesta es baja y moderada baja en las UPZ donde se concentran los estratos 2 y que dada la poca oferta de servicios allí tiene limitaciones para la efectiva respuesta 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 19). Para este evento sucede lo inverso al evento anterior, en las UPZ 44, 45, 46, 78, 83 y 113 en donde hay una mayor población contributiva y una gran cantidad de conjuntos residenciales cerrados el accionar de los EBEH es bajo debido a la dificultad de acceso a esta población contributiva y a los conjuntos residenciales cerrados, contrario a lo sucedido en las UPZ 48, 79, 80, 81 y 82 en donde la población es mayoritariamente subsidiada y hay pocos conjuntos residenciales cerrados.

Mapa 19. Respuesta Sectorial e Intersectorial en la localidad de Kennedy, 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 desnutrición aguada en menores de 5 años desde lo sectorial presenta una baja respuesta en las UPZ ubicadas al nororiente y al suroccidente de la localidad, 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 con excepción de las UPZ 45 y 47 (ver Mapa 19). Para este evento el accionar de los EBEH presentan un accionar alto en las UPZ 44, 80, 81, 83 y 113, el cual presenta una sinergia en las UPZ 81, 83 y 113 con la respuesta dada desde los jardines públicos y privados; sin embargo, en las UPZ 46, 48 y 79 el accionar de los EBEH se ve mermado debido a la alta presencia de conjuntos residenciales cerrados y presenta una coincidencia en el bajo accionar intersectorial en la UPZ 79 en donde existe una baja oferta pública y privada de jardines infantiles.

La respuesta dada para el evento de Bajas coberturas PAI desde lo sectorial presenta una baja respuesta en las UPZ ubicadas al nororiente y al suroccidente de la localidad, 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 con excepción de las UPZ 45 y 46 (ver Mapa 19). Para este evento el accionar de PAI y los EBEH en conjunto con las diferentes jornadas del PIC en donde interviene PAI es alta en las UPZ 44, 79, 81, 83 y 113, lo cual presenta una sinergia en las UPZ 81, 83 y 113 en donde el apoyo intersectorial de jardines y colegios tanto públicos como privados en el seguimiento a los esquemas de vacunación permite un mejor control de la población escolar de infancia y primera infancia; sin embargo, en las UPZ 48, 79 y 82 debido

a factores de población que migra constante mente del territorio y específicamente para las UPZ 48 y 79 una alta presencia de conjuntos residenciales cerrados dificultan el accionar de PAI y de los EBEH, así como la coincidencia del bajo accionar intersectorial en la UPZ 79 debido a la baja oferta educativa pública y privada para la primera infancia y la infancia.

Se destaca la UPZ 47 Kennedy Central que en la respuesta sectorial e intersectorial es alta o moderada alta en la mayoría de los eventos, debido a que en esta UPZ se concentra una gran cantidad de oferta de servicios sectorial e intersectorial. (ver Mapa 19)

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, además de la conformación de iniciativas comunitarias. Sin embargo, estas no han logrado reducir la incidencia de casos transmisibles, no transmisibles o disminuir los factores de riesgo asociados a las condiciones ambientales. Adicional a lo anterior, teniendo en cuenta los datos suministrados por el software de Análisis Atlas. Ti, se puede afirmar que, a pesar de la existencia de una amplia oferta especializada, existen limitantes relacionadas con el acceso efectivo por parte de la población a los servicios de salud en la localidad, debido a las deficiencias en la calidad de la atención y la humanización del servicio. Esta percepción negativa puede conllevar al poco acceso a los servicios de salud y a la afectación de la salud bucal y general.

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

En cuanto a la respuesta para la problemática de este núcleo, asociada a la ausencia de responsabilidad mutua en materia de salud sexual y reproductiva, se destaca por parte del distrito el desarrollo campañas educativas en materia de salud sexual y reproductiva en colegios priorizados, en esta campaña llamada *Mis derechos Conozco, mis derechos ejerzo* se abordan temas en educación sexual integral y la prevención del embarazo adolescente por medio del fortalecimiento acerca de la educación sexual, el desarrollo de actividades lúdicas, además de ofrecer información acerca de las ofertas institucionales y líneas de apoyo cómo la línea 106. También en estos espacios se han desarrollado estrategias de educación integral en sexualidad, junto al festival de educación sexual para promover el autocuidado y la toma de decisiones informadas, intersectorialmente, en coordinación con la Secretaría de Integración Social -SDIS-, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, la Secretaría de Cultura, Secretaría de la Mujer, la Secretaría Distrital de Educación y las Direcciones Locales de Educación -DILE- se ha retomado la mesa autónoma de educación en sexualidad con el objetivo de crear un manual que permita la educación integral en materia de salud sexual para la primera infancia, teniendo en cuenta los distintos entornos y etapas de curso de vida.

Adicionalmente, desde la Secretaría Distrital de la Mujer se ha realizado la promoción de la línea SOFIA, la cual busca garantizar el derecho a una vida libre de violencias mediante la articulación de acciones entre las autoridades competentes, la secretaría de la mujer y los ciudadanos para proteger los derechos de las mujeres y prevenir violencias, la SDIS a partir de los Centros amar promueve la protección de los derechos de los niños, el ICBF protege la salud de los menores de edad mediante la revisión, reporte de situaciones, y el desarrollo de ejercicios de corresponsabilidad en sus derechos con sus familiares, por su parte, el DILE facilita la asignación de cupos y oportunidades escolares para la población menor de edad en las instituciones educativas de la localidad. La Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte no solo ha realizado actividades de promoción de hábitos de vida saludables y participación de actividades deportivas, adicionalmente ha ayudado a conformar un Concejo Consultivo Local de Niños, Niñas y Adolescentes, a

partir del cual se tienen en cuenta sus necesidades para la construcción de políticas, programas o proyectos en la localidad.

Dentro de la respuesta comunitaria, se ha establecido una Red Activa Juvenil para la promoción de la sexualidad segura y responsable, adicional a lo anterior, también se promueven emprendimientos, jornadas de educación sobre derechos laborales, además de la participación política en concejos, promoción de herramientas y oportunidades educativas, entre otros.

Sectorialmente, los principales alcances para la problemática de este núcleo han consistido en el desarrollo de acciones frente a la temática del trabajo infantil y la explotación sexual, además del establecimiento de canalizaciones efectivas, rutas de atención y acciones que garanticen la salud.

En este ámbito también se han identificado limitaciones relacionadas con la ausencia de talento humano, lo cual a su vez ha disminuido la efectividad de las jornadas y afectado la consecución de los objetivos propuestos.

Intersectorialmente, entre los principales alcances se puede resaltar el desarrollo de articulaciones con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y la Secretaría de Integración Social -SDIS- para garantizar el acceso y protección de la población menor de edad a sus derechos y garantías, mediante la cooperación con las alcaldías locales en para el reporte de alertas tempranas en temáticas relacionadas con la explotación sexual infantil, adicionalmente, también se han realizado canalizaciones efectivas y rutas de atención para garantizar el acceso y protección a los derechos en salud. Adicionalmente, de momento no se identificaron limitantes específicas desde el ámbito intersectorial.

Comunitariamente, los principales alcances han consistido en el desarrollo de mesas de mujeres y población joven, en las cuales participan activamente en la identificación de problemáticas y potencialidades en la localidad, especialmente en la temática de educación para las niñas menores de edad en los colegios. Sin embargo, de momento no se identificaron limitaciones específicas desde el ámbito comunitario.

Por último la respuesta adelantada por el distrito para esta problemática ha estado basada en la planificación y desarrollo de jornadas educativas sobre salud sexual para prevenir el embarazo adolescente, además de la promoción de grupos juveniles cuyo objetivo es difundir información sobre el sexo seguro, no obstante, ambas respuestas han sido insuficientes para controlar esta problemática, por lo anterior es importante que el distrito promueva jornadas adicionales para la evitación y reportes de hechos de violencia sexual y abusos en menores de edad.

Gobernabilidad

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

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

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

A nivel local, en el marco de la articulación del sector salud, 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 implementados en una vigencia u 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.

Gobernanza

De acuerdo al Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031, la Gobernanza es una forma organizativa del ejercicio del poder y procesos de acción conjunta en la que los representantes gubernamentales, y los demás actores sociales, políticos y económicos, se reconocen, relacionan, articulan y operan en contextos diversos para adelantar una acción colaborativa de interés público orientada al mejor nivel de salud posible. Es por esto que la gobernanza tiene que ver con las macro decisiones estratégicas de la salud pública y su implementación efectiva, por lo que se relaciona tanto con los procesos de decisión- acción, como con las estructuras organizativas existentes en cada territorio, el conjunto de políticas públicas y su

armonización, la toma de decisiones compartida, participativa, legítima y transparente, y con las reglas de interacción basadas en el interés común, el marco normativo, la regulación de las relaciones entre actores, la diversidad de contextos, la participación ciudadana, el empoderamiento social, y la transparencia y rendición de cuentas (71).

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 (72).

El documento de Análisis Diferencial para la subred hace referencia al trabajo desde la misma comunidad en el tema del cuidado y autocuidado cómo una política transformadora, reconoce el trabajo comunitario cómo 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 poblaciones, al ser una negligencia gubernamental.

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

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

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

En cuanto a la respuesta para estas problemáticas asociadas al núcleo, relacionadas con la ausencia de educación sobre el sistema sanitario y la presencia de prácticas insalubres en la localidad, se evidencia la realización de espacios de identificaciones de riesgo,¹³ jornadas de vacunación, actividades de sensibilización sobre prevención de enfermedades por parte de la Secretaría De Salud-SDS-. Intersectorialmente se han adelantado articulaciones con la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos-UAEPS-, la Secretaría de Ambiente-Dirección GEA, la alcaldía local, Ciudad Limpia, el Jardín Botánico, la Subred Suroccidente, el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud-IDIPRON-, el ICBF, la Secretaría de Integración Social-SDIS-, la Secretaría Distrital de la Mujer, y el Instituto Distrital de Recreación y Deporte-IDRD-, en estas articulaciones se han desarrollado mesas intersectoriales y jornadas de autocuidado. También se han adelantado colaboraciones intersectoriales con el ICBF para la restitución de los derechos de los menores de edad, también se han realizado otras colaboraciones intersectoriales con el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud -IDIPRON- y la Secretaría de Integración Social -SDIS- para atender a la población joven y adulto mayor en situación de habitanza en calle. Se destaca sectorialmente el desarrollo de 38 jornadas educativas en torno a la sensibilización de gestión de residuos, llevadas a cabo por la secretaría de salud, la intervención de 77 puntos críticos en la localidad y el desarrollo de 12 mesas sectoriales de infancia, en las cuales se socializan dudas, necesidades, derechos de esta población y las ofertas sectorialmente disponibles para proteger y restituir los derechos de los menores de edad.

Por último por medio de las manzanas del cuidado, se ofrecen servicios de ayuda para hombres, mujeres, personas cuidadoras y la ciudadanía general como centros de escucha, orientaciones psico jurídicas, facilitar el contacto con grupos comunitarios de apoyo, promoción de actividades físicas, orientaciones ocupacionales, acceso a consultorios médicos, educación financiera, agricultura urbana entre otros servicios para las mujeres, para la población infantil estas manzanas ofrecen refuerzos educativos, promueven actividades para la promoción del autocuidado e higiene, actividades artísticas, de lectura y de actividad física. Para las personas mayores se promueven actividades físicas, de lectura, de promoción en salud, participación en salud, para las personas en situación de discapacidad se les apoya con redes de cuidado, actividades físicas, de lectura y promoción de la participación en salud. Adicionalmente puede destacarse la conformación del comité en Seguridad Alimentaria Nutricional el cual se encarga de implementar y hacer seguimiento de la política de seguridad alimentaria en la localidad.

Entre otras acciones llevadas a cabo, pueden destacarse las reuniones de personas que padecen enfermedades crónicas en los Clubes de Pacientes crónicos, cuyas actividades se desarrollan en las

Unidades de Servicios de Salud o en los Salones Comunales de la localidad, con el objetivo de brindar información oportuna y precisa acerca de estas enfermedades, ofrecer espacios en los cuales por medio de la asesoría de profesionales en salud puedan resolverse inquietudes acerca de los tratamientos y efectos de estas enfermedades en los pacientes, promoviendo hábitos de vida saludables y el uso oportuno de los servicios de salud.

Para los eventos Transmisibles, existe la iniciativa Transformando Vidas. Ambas iniciativas comunitarias anteriormente mencionadas tienen por objetivo crear y fortalecer vínculos entre estos grupos de personas mediante reuniones y actividades desarrolladas entre los participantes para promover proyectos de vida, el acceso a servicios de salud e incidir en la construcción de redes de apoyo.

Sectorialmente, los principales alcances para las problemáticas de este núcleo han consistido en la observancia desde el sector salud en los puntos de venta de alimentos y medicamentos para garantizar la calidad del servicio, se ha realizado el respectivo acompañamiento en las jornadas de recuperación y limpieza del espacio público, además de promociones de hábitos de vida saludables y prevención de enfermedades. En este ámbito también se han identificado limitaciones relacionadas con la ausencia de talento humano, equipamiento en salud, lo cual no permite una presencia estable y robusta en el territorio.

Intersectorialmente, entre los principales alcances se puede resaltar la recuperación del espacio público, adicionalmente se ha logrado una mayor incidencia en el manejo de residuos sólidos gracias a las jornadas educativas llevadas a cabo por los sectores involucrados, también se han realizado jornadas efectivas de vigilancia en alimentación y acceso a medicamentos con la participación y coordinación de la policía, la Secretaría De Integración Social-SDIS-, la cual ha desarrollado jornadas de recuperación ambiental en la localidad, promoción de hábitos de vida saludables para la creación de entornos seguros y saludables para la población menor de edad, la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos-UAEPS- ha desarrollado jornadas de recolección de residuos como escombros, construcciones y demolición mediante el desarrollo de jornadas de promoción de los eco puntos en la localidad, el operador Ciudad Limpia realiza actividades de limpieza en las rondas hídricas de la localidad, ferias de autocuidado y promoción de hábitos de vida saludables en la localidad, y la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia-SDSCJ-, otros alcances son la implementación de huertas comunitarias y promoción de jornadas de actividad física con el Instituto Distrital de Recreación y Deporte -IDRD-, además de las canalizaciones de casos a otras instituciones o programas que puedan ayudar a la población afectada. Entre las principales limitaciones que se identificaron se resalta que el cumplimiento de ciertas metas o indicadores por parte de las distintas instituciones pueden no responder a la problemática identificada e intervenida, por esta razón, suelen participar parcialmente o en ciertas etapas específicas de los procesos o jornadas, favoreciendo que la incidencia de las acciones pueda ser menor.

Comunitariamente, los principales alcances han consistido en el acompañamiento a la comunidad en jornadas de limpieza en sectores de la localidad como María Paz, además de la promoción de huertas comunitarias, también se han realizado jornadas de actividad física de la mano con el IDRD en las cuales se coordinan acciones con grupos comunitarios para la promoción de hábitos de vida saludables. Las principales limitaciones identificadas desde lo comunitario han consistido en la ausencia de acciones y participación de las jornadas, lo cual limita la incidencia de las ofertas institucionales y las acciones llevadas a cabo por las distintas instituciones.

De la respuesta adelantada se destaca que, si bien se han adelantado estas jornadas y espacios, existen limitaciones al momento de considerar la efectividad de estas acciones, debido a las dinámicas poblacionales y socioeconómicas se sigue presentando un aumento de reporte de estos puntos críticos de

arrojo de basuras. 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.

4.5 Reflexiones Finales

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

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

La OMS, considera que una de las funciones esenciales de la Salud Pública, es monitorear y analizar la situación en salud de la población. Dicho monitoreo, se realiza mediante el Diagnóstico de Salud (DS) de la comunidad, el cual es un elemento imprescindible para determinar necesidades e identificar problemas y riesgos de salud, y plantear posibles soluciones que mejoren la salud de la población. (73)

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. (73)

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 (73). Este componente asigna puntuaciones de acuerdo a las unidades afectadas por cada 1000 habitantes.
- **COMPONENTE B: (Trascendencia o severidad)** se establece de acuerdo a cuatro componentes que están determinados por la urgencia, la gravedad, la pérdida económica y número de personas afectadas **Fuente especificada no válida..** 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 (73).
- **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. (73) La respuesta a este componente y su asignación numérica implica realizar preguntas orientadoras en cada uno de los elementos anteriormente descritos. Las preguntas relacionadas a la *Pertinencia* son: ¿Se puede resolver el problema de salud con la intervención de acciones de los programas de salud?, ¿Se puede erradicar la causa de la problemática de salud? la principal pregunta asociada a la *Factibilidad Económica* es ¿Cuál es el costo de la aplicación de los programas?, frente a la *Disponibilidad de Recursos*, la pregunta asociada es ¿se cuentan con los recursos humanos para implementar los programas de salud? ¿se cuentan con recursos materiales? Para la *Legalidad*, las preguntas orientadoras son ¿se encuentran sustentados legalmente para la implementación de programas de salud? ¿se violentan los derechos individuales de la población al implementar los programas?, por último, para la *Aceptabilidad*, las preguntas son ¿Cuál es la aceptación de los programas por parte del personal de salud? ¿Qué respuestas tiene la población ante la implementación de los programas de salud?

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

5.1 Desarrollo Método Hanlon Subred Suroccidente

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

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

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

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

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

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

Problemática	Puntaje
<i>"El acceso a recursos esenciales para el bienestar infantil está determinado por factores como el nivel educativo de los cuidadores, la estabilidad laboral y la capacidad para garantizar una atención prenatal y postnatal adecuada. La predominancia de los estratos 2 y 3 en la localidad puede estar asociada a la presencia de necesidades básicas insatisfechas, lo que dificulta el acceso oportuno a servicios de salud y a una alimentación adecuada. A esto se suman barreras como la falta de información sobre la importancia de los controles médicos y las dificultades para acceder a ellos, lo que impacta el seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil. Como resultado, ha aumentado la mortalidad por afecciones respiratorias y malformaciones congénitas, así como los casos de desnutrición y bajo peso al nacer."</i>	15,14
<i>"Las condiciones socioeconómicas y laborales afectan el acceso a recursos esenciales para la salud. Ingresos insuficientes, bajo nivel educativo y precariedad laboral perpetúan dinámicas locales de ciclos de pobreza. Además, la falta de alimentación adecuada, largas jornadas laborales y escasos espacios para actividad física favorecen factores de riesgo como obesidad, hipertensión y tabaquismo. En consecuencia, ha aumentado la incidencia de enfermedades cardiovasculares y cáncer, especialmente en la población mayor y en mujeres, quienes enfrentan barreras adicionales en el acceso a la salud y cargas de trabajo considerables."</i>	14,57
<i>"Los determinantes asociados al género, posición socioeconómica y la edad, pueden influir negativamente en las posibilidades de acceso que los individuos tienen a los servicios designados por el sector para atender sus necesidades. Por otro lado, la carencia de ingresos estables, documentación adecuada y estar expuestas a acciones discriminatorias y violentas, aumentan las disparidades en el acceso y oportunidades de atención a su salud. De esta manera, se identifica una falta de corresponsabilidad en las mujeres de 10 a 14 años en la localidad de Kennedy. La anterior situación puede desencadenar en afecciones de salud como morbilidad materna, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, deserción educativa, ciclos de pobreza, infecciones sistémicas, eclampsia, entre otras."</i>	14,29

<p><i>"Las condiciones socioeconómicas y ambientales son dos de los determinantes estrechamente asociados a la salud, circunstancias como el acceso limitado a vivienda digna, hacinamiento y las deficiencias en saneamiento básico generan ambientes poco higiénicos para la población. Además, las deficiencias existentes en construcción de entornos saludables en los hogares dificultan la apropiación de hábitos de vida proclives a la prevención de enfermedades como la Tuberculosis y la Hepatitis A y B. De esta forma, se identifica la existencia de prácticas insalubres en la localidad de Kennedy, que pueden incidir negativamente en la salud como daños psicológicos, problemas pulmonares, trastornos digestivos, factores de riesgo asociados con otras enfermedades como el cáncer o la cirrosis, entre otras."</i></p>	13,43
<p><i>"La pobreza, presencia de necesidades básicas insatisfechas y la desigualdad social del territorio juegan un papel clave en la calidad de vida de las personas y el acceso a ofertas y servicios por parte de la población más vulnerable. Factores como el bajo nivel educativo y las características del sistema sanitario influyen en el acceso a información y recursos para la prevención de enfermedades. Se identifica la ausencia de educación sobre el sistema sanitario como un problema que influye en las inequidades. Provocando cómo resultado la afectación de la salud en la población infantil de la localidad, desencadenando afectaciones respiratorias como la neumonía, problemas de salud posteriores relacionados con afecciones hepáticas y cardíacas."</i></p>	10,00

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

Priorización 1

En cuanto a la problemática identificada por los participantes en una ponderación obtenida tras la aplicación del método Hanlon frente a las afectaciones de las situaciones de salud en la localidad de Kennedy, la primera, fue "El acceso a recursos esenciales para el bienestar infantil está determinado por factores como el nivel educativo de los cuidadores, la estabilidad laboral y la capacidad para garantizar una atención prenatal y postnatal adecuada. La predominancia de los estratos 2 y 3 en la localidad puede estar asociada a la presencia de necesidades básicas insatisfechas, lo que dificulta el acceso oportuno a servicios de salud y a una alimentación adecuada. A esto se suman barreras como la falta de información sobre la importancia de los controles médicos y las dificultades para acceder a ellos, lo que impacta el seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil. Como resultado, ha aumentado la mortalidad por afecciones respiratorias y malformaciones congénitas, así como los casos de desnutrición y bajo peso al nacer." En otras palabras, esta problemática hace referencia a la existencia de dificultades en el acceso oportuno a servicios de salud ponderando esta con una magnitud de 6, recordando que este criterio de refiere al grado de afectación de la problemática en la población, la pregunta orientadora fue ¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en la salud? Considerando las tasas de morbilidad y mortalidad. Expresando una carga alta teniendo presente que el número mayor para la variable es de 10.

En cuanto a la gravedad respondiendo a la pregunta ¿Qué tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas? Considerando estas afectaciones anteriormente mencionadas, se obtuvo una frecuencia de 9, contemplando que los valores de referencia están en una escala de 0 a 10, este alto valor implica que la problemática tiene graves consecuencias en términos de morbilidad, mortalidad, impacto económico y social.

El siguiente criterio es la viabilidad de intervención: que se refiere a la capacidad institucional existente para atender dicha situación, bajo la pregunta orientadora ¿Las circunstancias institucionales permiten

realizar intervención a la problemática? La respuesta en ponderación fue igual a 1, indicando que es posible realizar una intervención parcial.

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

La respuesta intersectorial a la priorización 1 de la localidad se concentra en las UPZ 48, 81 y 82 con sedes de entidades intersectoriales, sin embargo, con una mínima presencia de sedes de la SDIS en las UPZ 44 a la 47 se atiende la demanda poblacional en estas UPZ a diferencia de las UPZ 78, 79 y 83 en donde no hay ninguna sede. (ver Anexo 4)

Priorización 2

La segunda problemática que obtuvo un mayor puntaje fue la de “Las condiciones socioeconómicas y laborales afectan el acceso a recursos esenciales para la salud. Ingresos insuficientes, bajo nivel educativo y precariedad laboral perpetúan dinámicas locales de ciclos de pobreza. Además, la falta de alimentación adecuada, largas jornadas laborales y escasos espacios para actividad física favorecen factores de riesgo como obesidad, hipertensión y tabaquismo. En consecuencia, ha aumentado la incidencia de enfermedades cardiovasculares y cáncer, especialmente en la población mayor y en mujeres, quienes enfrentan barreras adicionales en el acceso a la salud y cargas de trabajo considerables.” en otras palabras, la segunda problemática identificada como más importante fue la ausencia de hábitos de vida saludables por parte de la población. Su calificación en magnitud fue 4, lo cual implica que existe un grado moderado de afectación de la población por parte de esta problemática, la pregunta orientadora fue ¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en la salud? Considerando las tasas de morbilidad y mortalidad. Expresando una carga moderada teniendo presente que el número mayor para la variable es de 10.

En cuanto a la gravedad respondiendo a la pregunta ¿Qué tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas? Considerando estas afectaciones anteriormente mencionadas, se obtuvo una frecuencia de 9, contemplando que los valores de referencia están en una escala de 0 a 10, este alto valor implica que la problemática tiene graves consecuencias en términos de morbilidad, mortalidad, impacto económico y social.

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

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

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

Priorización 3

La tercera problemática que obtuvo un mayor puntaje fue la de “Los determinantes asociados al género, posición socioeconómica y la edad, pueden influir negativamente en las posibilidades de acceso que los individuos tienen a los servicios designados por el sector para atender sus necesidades. Por otro lado, la carencia de ingresos estables, documentación adecuada y estar expuestas a acciones discriminatorias y violentas, aumentan las disparidades en el acceso y oportunidades de atención a su salud. De esta manera, se identifica una falta de corresponsabilidad en las mujeres de 10 a 14 años en la localidad de Kennedy. La anterior situación puede desencadenar en afecciones de salud como morbimortalidad materna, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, deserción educativa, ciclos de pobreza, infecciones sistémicas, eclampsia, entre otras.” en otras palabras, la tercera problemática identificada en orden descendente fue la ausencia responsabilidad de la población en su salud sexual y reproductiva. Su calificación en magnitud fue 4, lo cual implica que existe un grado moderado de afectación de la población por parte de esta problemática, la pregunta orientadora fue ¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en la salud? Considerando las tasas de morbilidad y mortalidad. Expresando una carga moderada teniendo presente que el número mayor para la variable es de 10.

En cuanto a la gravedad respondiendo a la pregunta ¿Qué tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas? Considerando estas afectaciones anteriormente mencionadas, se obtuvo una frecuencia de 9, contemplando que los valores de referencia están en una escala de 0 a 10, este alto valor implica que la problemática tiene graves consecuencias en términos de morbilidad, mortalidad, impacto económico y social.

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

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

La respuesta sectorial a la priorización 3 de la localidad se materializa en un consultorio de atención diferencial para mujeres diversas en la UPZ 79 y la intersectorial se en las UPZ más ubicada en sedes al sur oriente de la localidad, sin embargo al noroccidente se destaca la ubicación del equipamiento ancla de la manzana del cuidado y los servicios allí prestados; así mismo, con el plan nacional de vigilancia por cuadrantes y la ubicación de CAI en la localidad se da una cobertura homogénea espacialmente a la seguridad con la cual se atienden las llamadas al 123 por violencias de género. (ver Anexo 6)

Priorización 4

En orden de puntaje, la cuarta problemática es “Las condiciones socioeconómicas y ambientales son dos de los determinantes estrechamente asociados a la salud, circunstancias como el acceso limitado a vivienda digna, hacinamiento y las deficiencias en saneamiento básico generan ambientes poco higiénicos para la población. Además, las deficiencias existentes en construcción de entornos saludables en los hogares dificultan la apropiación de hábitos de vida proclives a la prevención de enfermedades como la Tuberculosis y la Hepatitis A y B. De esta forma, se identifica la existencia de prácticas insalubres en la

localidad de Kennedy, que pueden incidir negativamente en la salud como daños psicológicos, problemas pulmonares, trastornos digestivos, factores de riesgo asociados con otras enfermedades como el cáncer o la cirrosis, entre otras.”. Para este caso, la problemática es la presencia de prácticas insalubres por parte de la población. Su calificación en magnitud es 4, lo cual implica que existe una percepción moderada de afectación de la población por parte de esta problemática, la pregunta orientadora fue ¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en la salud? Considerando las tasas de morbilidad y mortalidad. Expresando una carga leve teniendo presente que el número mayor para la variable es de 10.

En cuanto a la gravedad respondiendo a la pregunta ¿Qué tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas? Considerando estas afectaciones anteriormente mencionadas, se obtuvo una frecuencia de 9, contemplando que los valores de referencia están en una escala de 0 a 10, este alto valor implica que la problemática tiene graves consecuencias en términos de morbilidad, mortalidad, impacto económico y social.

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

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

La respuesta sectorial e intersectorial a la priorización 4 de la localidad se comporta de manera homogénea en toda la localidad, con excepción de la contenerización y las cestas de basura que se solo se encuentran sobre las avenidas secundarias de acceso a los barrios más antiguos de las UPZ 44, 45, 48, 80, 81 y 82 y no así en las vías locales de estos barrios. (ver Anexo 7)

Priorización 5

La quinta y última problemática es “La pobreza, presencia de necesidades básicas insatisfechas y la desigualdad social del territorio juegan un papel clave en la calidad de vida de las personas y el acceso a ofertas y servicios por parte de la población más vulnerable. Factores como el bajo nivel educativo y las características del sistema sanitario influyen en el acceso a información y recursos para la prevención de enfermedades. Se identifica la ausencia de educación sobre el sistema sanitario como un problema que influye en las inequidades. Provocando como resultado la afectación de la salud en la población infantil de la localidad, desencadenando afectaciones respiratorias como la neumonía, problemas de salud posteriores relacionados con afecciones hepáticas y cardíacas.” En este caso, la problemática es la ausencia de educación acerca del sistema sanitario. Su calificación en magnitud fue 2, lo cual implica que existe un grado de percepción leve de afectación de la población por parte de esta problemática, la pregunta orientadora fue ¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en la salud? Considerando las tasas de morbilidad y mortalidad. Expresando una carga moderada teniendo presente que el número mayor para la variable es de 10.

En cuanto a la gravedad respondiendo a la pregunta ¿Qué tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas? Considerando estas afectaciones anteriormente mencionadas, se obtuvo una frecuencia de 8, contemplando que los valores de referencia están en una

escala de 0 a 10, este alto valor implica que la problemática tiene graves consecuencias en términos de morbilidad, mortalidad, impacto económico y social.

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

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

La respuesta intersectorial a la priorización 5 de la localidad se comporta de manera homogénea en toda la localidad, sin embargo, hay una mayor concentración de oferta en las UPZ 47, 48, 81 y 82. (ver Anexo 8)

5.3 Reflexiones Finales

Ya para concluir, es importante considerar que la priorización se llevó a cabo teniendo en cuenta la metodología Hanlon y sus resultados. Para las problemáticas anteriormente abordadas y priorizadas, cabe resaltar que todas obtuvieron criterios de factibilidad y viabilidad iguales, es decir, todas las problemáticas pueden ser intervenidas pero solo de forma parcial, por otro lado, para las anteriores problemáticas, las recomendaciones de forma general se centraron principalmente en el aumento del desarrollo de coordinaciones intersectoriales, el aumento de campañas de prevención y la identificación de ubicaciones específicas de la localidad en las cuales estas puedan tener un mayor impacto, para enfocar las acciones en estas.

La primera, el acceso oportuno a los servicios de salud, obtuvo su calificación teniendo en cuenta la afectación que esta tiene sobre la población, su gravedad y consecuencias relacionadas con la morbilidad, mortalidad, el impacto social y económico.

Para la segunda problemática, la ausencia de hábitos de vida saludables, a pesar de obtener una calificación ligeramente más baja, también posee criterios de magnitud y gravedad bastante altos, los cuales implican un alto nivel de impacto en la morbilidad, mortalidad, consecuencias económicas y sociales, sin embargo, su impacto en la salud individual es ligeramente menor.

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

Para la cuarta Priorización, esta problemática posee una mayor gravedad, pero menor magnitud, por ende, al tener consecuencias en la salud percibidas como ligeramente menores, ocupa el penúltimo puesto en el ejercicio de priorización.

La última problemática priorizada posee altos niveles de gravedad, pero es la que posee menor magnitud de todas las problemáticas, por ende, su carga de enfermedad, es decir, consecuencias en salud se consideran como menores frente al resto.

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

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

Siguiendo la información suministrada por los documentos del Plan Decenal de Salud pública, Plan de Desarrollo Distrital(PDD), el Plan Territorial de Salud y el Modelo de atención en salud “MAS Bienestar”, las intervenciones en salud llevadas a cabo por el distrito deben orientarse a partir de un enfoque participativo que tenga en cuenta los Determinantes Sociales de la Salud, y, busque el fortalecimiento de la coordinación transectorial e intersectorial para responder a aquellas necesidades en salud consideradas como prioritarias por la población misma, haciendo uso de la información previa existente cómo posible apoyo que facilite la toma de decisiones informadas. Por otro lado, los documentos también hacen énfasis en el reconocimiento de las necesidades en salud y las problemáticas particulares a las cuales están expuestas las poblaciones que han sido histórica y sistemáticamente excluidas, particularmente al momento de intentar acceder a sus derechos en salud. Lo anterior implica que existen disparidades históricas, sociales y culturales que no solo afectan de forma negativa la salud de una persona o la posibilidad que esta tiene de acceder a los servicios de salud, al crear de forma directa o indirecta barreras que dificultan un acceso efectivo a esta, adicional a esto, implica la existencia de determinantes estructurales e intermedios que afectan también la posibilidad de mejorar su calidad de vida y salud en el mediano y largo plazo.

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

6.1 Propuesta de recomendaciones para la localidad de Kennedy

Basado en la problemática “El acceso a recursos esenciales para el bienestar infantil está determinado por factores como el nivel educativo de los cuidadores, la estabilidad laboral y la capacidad para garantizar una atención prenatal y postnatal adecuada. La predominancia de los estratos 2 y 3 en la localidad puede estar asociada a la presencia de necesidades básicas insatisfechas, lo que dificulta el acceso oportuno a servicios de salud y a una alimentación adecuada. A esto se suman barreras como la falta de información sobre la importancia de los controles médicos y las dificultades para acceder a ellos, lo que impacta el seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil. Como resultado, ha aumentado la mortalidad por afecciones respiratorias y malformaciones congénitas, así como los casos de desnutrición y bajo peso al nacer.” Se construyen unas recomendaciones presentadas a continuación.

Las recomendaciones para esta primera problemática responden al eje de Gestión integral de la atención primaria en salud del Plan Decenal de Salud Pública en tanto este eje 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. (71) También responde al pilar de Participación social transformadora del modelo MAS Bienestar, 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. (3)

En cuanto al Plan Territorial de salud, corresponde al núcleo de Inequidades en el acceso efectivo a servicios de salud, el cual tiene en consideración 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. El otro núcleo presente es el de Inequidades poblacionales presentes en el distrito capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población. En este núcleo, se hace énfasis en la existencia de desigualdades y vulnerabilidades adicionales que enfrenta la población diferencial al momento de acceder a los servicios de salud y ofertas institucionales, además de la existencia de otras vulneraciones a sus derechos que pueden influir negativamente en el impacto que estas pueden tener para garantizar una mejoría en su calidad de vida. (67)

En cuanto al aumento de cobertura de acceso a necesidades básicas: la anterior propuesta resalta la necesidad de aumentar la cobertura de la población en primera infancia para la satisfacción de sus necesidades básicas. De esta forma pueden atenderse las necesidades en salud y evitar el agravamiento de las condiciones o afecciones a las cuales esta está expuesta, realizando también un debido seguimiento de su estado de salud tanto prenatal como postnatal.

Por medio del aumento de esta cobertura de acceso, se espera que no solo puedan reducirse los potenciales costos por tratamientos o captaciones de casos tardíos, sino que la población pueda tener mayores espacios y ofertas que les permitan satisfacer estas necesidades básicas en salud y nutrición adecuada.

En cuanto a la focalización de acciones articuladas con otras instituciones como el ICBF, JAC para el desarrollo de acciones: la anterior propuesta resalta la necesidad de aumentar las acciones intersectoriales entre las distintas instituciones. Por medio de la realización de estas acciones intersectoriales, puede lograrse una captación temprana y oportuna de los casos y un desarrollo más articulado de actividades preventivas o educativas que permitan un acceso oportuno a los servicios de salud y nutricionales en primera infancia.

De esta forma puede no solo puede lograrse una captación temprana, sino incidir en la permanencia de las personas en los procesos o servicios de salud o nutricionales a los que se asiste, al facilitar también la intervención y proveer una claridad sobre los distintos servicios, orientaciones o posibilidades que cada actor puede proveer.

En tanto a las alertas e identificaciones tempranas: la anterior propuesta resalta la prioridad de aumentar la identificación temprana de los casos relacionados con la problemática. Mediante una identificación temprana de casos, no solo se lograría un potencial ahorro de costos, sino podrían establecerse

potencialidades en los casos captados tempranamente para realizar futuras captaciones tempranas más efectivas.

Por lo anterior, no solo se podría ahorrar en costos, hacer un mejor seguimiento del estado de salud de la población, sino evitar futuros eventos posibles de la problemática.

Sobre el fortalecimiento de la gestión de respuestas intersectoriales: la anterior propuesta resalta la importancia de fortalecer la coordinación intersectorial para aumentar la efectividad de las respuestas. Por medio del establecimiento de una mayor coordinación y comunicación entre los distintos actores sectoriales e intersectoriales se pueden disminuir principalmente los tiempos existentes para identificar, atender los casos y realizar seguimientos en salud más precisos.

En cuanto al aumento de talento humano especializado: esta propuesta se basa en el aumento del talento humano especializado en salud, de esta forma pueden reducirse los tiempos de atención necesarios para atender a la población, además de lograr una mayor captación de la población en un mismo centro de salud, sin necesidad de que esta deba trasladarse o alternar entre distintos centros para satisfacer sus distintas necesidades, por otro lado, al tener más profesionales especializados pueden realizarse actividades de promoción de salud y prevención más efectivas que concuerden con las situaciones y casos específicos.

Para esta primera problemática, se han adelantado jornadas de apoyo a servicios de vacunación y promoción en salud nutricional para la población menor de edad. Para complementar estas acciones, sectorialmente se recomienda primero que todo realizar un Aumento de cobertura en el acceso a las necesidades básicas en salud, de esta forma, desde el sector salud se pueden atender las necesidades de la población, particularmente las más vulnerables. Lo anterior podría lograrse mediante la asignación de un mayor presupuesto que aumente dicha cobertura, no solo incidiendo así de forma positiva al descentralizar los servicios de salud, permitiendo una mayor oferta básica e incluso especializada en un mismo centro de salud, reduciendo trámites adicionales, tiempos de espera o la necesidad de remitir a un paciente a un centro de salud distinto, de esta forma protegiendo la salud y vida de este. A partir de esta asignación presupuestal, intersectorialmente se podría también dar un seguimiento u orientación al paciente sobre otros servicios y/o ofertas brindadas por otras instituciones que podrían garantizar una mayor calidad de vida y restitución de sus distintos derechos que pueden o no estar siendo vulnerados. De esta forma se facilitaría el reporte de los casos de vulneraciones en salud infantil, su ubicación, captación temprana y oportuna, además de su remisión a otros sectores que pueden incidir en este, como el ICBF o la secretaría de la mujer. Adicionalmente se podrían establecer puntos de contacto por parte de estos sectores en los centros de salud o cerca a ellos, para facilitar esta coordinación intersectorial y una posible intervención, lo anterior podría planificarse e implementarse en un plazo de 2 años.

Basado en la problemática “Las condiciones socioeconómicas y laborales afectan el acceso a recursos esenciales para la salud. Ingresos insuficientes, bajo nivel educativo y precariedad laboral perpetúan dinámicas locales de ciclos de pobreza. Además, la falta de alimentación adecuada, largas jornadas laborales y escasos espacios para actividad física favorecen factores de riesgo como obesidad, hipertensión y tabaquismo. En consecuencia, ha aumentado la incidencia de enfermedades cardiovasculares y cáncer, especialmente en la población mayor y en mujeres, quienes enfrentan barreras adicionales en el acceso a la salud y cargas de trabajo considerables.” Se construyen unas recomendaciones presentadas a continuación.

Las recomendaciones para esta segunda problemática responden al eje de Gestión Intersectorial de los determinantes sociales de la salud del Plan Decenal de Salud pública, en este eje se reconoce el valor que los distintos sectores tienen al momento de lograr una mayor incidencia en salud y calidad de vida de la

población mediante el desarrollo de actividades conjuntas que permitan transformaciones económicas, sociales, ambientales y culturales. (71) También responde al pilar de Intersectorialidad para el bienestar del modelo MAS Bienestar debido a que este pilar busca integrar a los actores públicos, privados y comunitarios para el desarrollo de acciones conjuntas en salud que permitan incidir en la calidad de vida de la población. (3) En cuanto al Plan Territorial de salud, corresponde al núcleo de Inequidades en el acceso efectivo a servicios de salud, el cual tiene en consideración 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. El otro núcleo presente es el de Inequidades poblacionales presentes en el distrito capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población. En este núcleo, se hace énfasis en la existencia de desigualdades y vulnerabilidades adicionales que enfrenta la población diferencial al momento de acceder a los servicios de salud y ofertas institucionales, además de la existencia de otras vulneraciones a sus derechos que pueden influir negativamente en el impacto que estas pueden tener para garantizar una mejoría en su calidad de vida. (67)

En cuanto a Vigilancia en condiciones laborales dignas y control legal: esta primera propuesta acerca de realizar una mejor vigilancia de las condiciones laborales de la población y un posible control legal de estas en casos que no se cumpla con las normativas pertinentes, podría facilitar un contacto no solo con los servicios de salud, sino los mecanismos jurídicos y legales que podrían defender los derechos laborales de la población. Adicional a lo anterior, esto también podría incidir positivamente al facilitar un posible uso de los servicios educativos, desarrollo de actividades físicas y una mejor condición socioeconómica que le permita adoptar más fácilmente hábitos de vida o condiciones de vida más saludables.

Sobre el desarrollo de Acciones educativas individuales por grupos de edad centradas en la prevención, promoción y atención: tener en cuenta los distintos momentos de vida de las personas y sus características se busca también que al tener en cuenta los distintos momentos de vida de la persona se puedan enfocar estas acciones ya sea para la promoción de hábitos de vida saludables, prevenir factores de riesgo o identificar alertas tempranas en condiciones de salud a los cuales las personas pueden estar más expuestas, por último, también se las puede educar acerca de las ofertas institucionales y en salud más acordes a sus necesidades para facilitar un futuro acceso a ellas.

De esta forma se espera no solo incidir positivamente en el desarrollo de hábitos de vida saludables o la captación de situaciones o casos tempranos, sino el acceso a otros servicios que podrían mejorar sus condiciones de vida.

En cuanto a la promoción de Respuestas resolutivas a los programas de prevención: en esta propuesta relacionada con la promoción de respuestas resolutivas a los programas de prevención se busca que los programas de prevención sean claros en sus objetivos, metas y alcances esperados para la incidencia en la problemática. De esta forma, estos programas poseerían una hoja de ruta que añadiría más claridad no solo en su alcance sino en la importancia o los efectos que estos tendrían en la salud de la población.

En cuanto al Fortalecimiento de la gestión de respuestas intersectoriales: la anterior propuesta resalta la importancia de fortalecer la coordinación intersectorial para aumentar la efectividad de las respuestas. Por medio del establecimiento de una mayor coordinación y comunicación entre los distintos actores sectoriales e intersectoriales se pueden disminuir principalmente los tiempos existentes para identificar, atender los casos y realizar seguimientos en salud más precisos, además de realizar coordinaciones con otros sectores que faciliten la adopción de hábitos saludables, chequeos preventivos y el uso de otros servicios institucionales.

En cuanto a la promoción de la información y su respectiva comunicación Promover la divulgación de jornadas de Información, Educación y Comunicación (IEC) en medidas de prevención y control: en esta recomendación en la cual se resalta la utilización de tecnologías de información, educación y Comunicación (IEC), para la promoción de jornadas de prevención y control, se busca por medio de la difusión de información sobre la importancia de los hábitos saludables y los potenciales riesgos de salud que su ausencia conlleva. Por medio de estas tecnologías y la difusión de información, se realiza un ejercicio doblemente benéfico para la población, al no solo educar al momento de ofrecer información sobre las respectivas ofertas institucionales disponibles y cómo acceder a ellas, sino al promover espacios y prácticas saludables en las cuales se aumente la responsabilidad de la población sobre su salud propia.

En el caso de esta segunda problemática, se destaca que desde el sector salud, se ha fortalecido la ruta de atención para las enfermedades crónicas no transmisibles, al igual que campañas de prevención, sensibilización, detección temprana, acceso a consultorios rosados y consultas médicas oportunas. Teniendo en cuenta lo anterior, se establecen las siguientes recomendaciones:

La recomendación en el caso de esta segunda problemática en el ámbito sectorial es realizar un seguimiento del estado de salud de la población y los casos para determinar en qué ámbitos puede ser necesario un aumento del personal, mantenimiento de equipamiento en salud o de la capacitación del personal de salud, adicionalmente, desde el sector salud se pueden realizar actividades de promoción de los servicios para garantizar la permanencia de la población afectada a los tratamientos o servicios ofertados. Intersectorialmente, se realizarán coordinaciones con SDIS, Secretaría de la Mujer para disminuir la vulnerabilidad de las poblaciones más vulnerables como mujeres o adultos mayores, mediante la triangulación de datos y la situación de la persona, de esta forma se puede captar su información para facilitar su integración con futuras o presentes capacitaciones de empleabilidad, apoyo a iniciativas o empresas, educación y desarrollo de capacidades con el IPES(Instituto para la Economía Social), el SENA(Servicio Nacional de Aprendizaje) o la SDDE(Secretaría Distrital de Desarrollo Económico), de esta forma se puede facilitar su inclusión en el mercado laboral y la obtención de un empleo o sustento económico formal y estable que pueda garantizar un estado óptimo de salud, un acceso a servicios de salud oportuno y el desarrollo de hábitos saludables de vida. Estas acciones podrían planificarse en un plazo de 3 años.

Basado en la problemática “Los determinantes asociados al género, posición socioeconómica y la edad, pueden influir negativamente en las posibilidades de acceso que los individuos tienen a los servicios designados por el sector para atender sus necesidades. Por otro lado, la carencia de ingresos estables, documentación adecuada y estar expuestas a acciones discriminatorias y violentas, aumentan las disparidades en el acceso y oportunidades de atención a su salud. De esta manera, se identifica una falta de corresponsabilidad en las mujeres de 10 a 14 años en la localidad de Kennedy. La anterior situación puede desencadenar en afecciones de salud como morbilidad materna, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, deserción educativa, ciclos de pobreza, infecciones sistémicas, eclampsia, entre otras.” Se construyen unas recomendaciones presentadas a continuación.

Las recomendaciones para esta tercera problemática responden al eje de Gestión Integral del riesgo en salud pública del Plan Decenal de Salud Pública, en este eje se destaca la importancia de la vigilancia en riesgos de salud de forma intersectorial para la identificación, evaluación e intervención de problemáticas en salud, teniendo en cuenta la existencia de distintos grupos poblacionales que poseen a su vez hábitos de vida, enfrentan situaciones ambientales y distintos niveles o factores de riesgo que inciden directamente en su salud. (71) Responde también al pilar de Gestión Integral del Riesgo en Salud del modelo MAS Bienestar debido al desarrollo de acciones conjuntas que permitan la integración de distintos análisis y datos existentes para lograr una atención oportuna, el desarrollo de actividades de prevención y

previsión de riesgos potenciales que permitan mejorar la calidad de vida de la población y la resolución de situaciones socialmente percibidas como problemáticas. (3)

En cuanto al Plan Territorial de salud, corresponde al núcleo de Inequidades en el acceso efectivo a servicios de salud, el cual tiene en consideración 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. El otro núcleo asociado, es el de la debilidad en la gobernabilidad y la gobernanza, debido a que en este núcleo se destaca la importancia que la descentralización y el desarrollo de acciones en los territorios desde el sector salud tienen al momento de atender las necesidades de la población, disminuir tiempos de atención y mejorar el acceso a infraestructura hospitalaria. (67)

En cuanto a la promoción de las actividades educativas y el control legal Aumento del enfoque educativo y control legal a abusos sexuales: esta recomendación de aumentar los enfoques preventivos en materia de ausencia de responsabilidad mutua, mediante el desarrollo de jornadas educativas y una posible orientación legal ante los casos de abusos, busca beneficiar a la población al promover la participación ciudadana y el acceso no solo a la información sino a los posibles servicios en salud o legales disponibles para atender sus necesidades y proteger sus derechos.

Por medio de estas actividades, se promueven institucionalmente espacios en los cuales la población puede participar, ejercer sus derechos, y, adicionalmente también pueden adquirir un mayor sentimiento de pertenencia frente a su salud, derechos y responsabilidades que les permita dar un mayor uso a los distintos mecanismos legales y servicios sanitarios disponibles.

En cuanto al desarrollo de Acciones de Educación individual por grupos de edad para la prevención, promoción y atención: en esta recomendación del desarrollo de acciones educativas individuales por grupos etarios para la prevención, promoción y atención en salud, se busca tener en cuenta el factor diferencial que tienen los distintos momentos de vida en la salud general y también en el impacto que la no-atención de su estado de salud puede tener también en su calidad de vida futura o en la posibilidad de mejorar esta. Por otro lado, se busca también concientizar acerca de las posibles consecuencias que su estado de salud y responsabilidad con otros aspectos educativos, laborales e interrelacionales de su vida pueden tener a futuro, al promover o limitar el desarrollo de sus proyectos de vida personales.

Sobre la promoción de jornadas de prevención: Aumentar las campañas de prevención en los colegios: esta recomendación de aumentar los enfoques preventivos en materia de ausencia de responsabilidad mutua, mediante el desarrollo de jornadas educativas en las instituciones educativas busca no solo concientizar a la población acerca de sus derechos en salud, derechos legales o la participación ciudadana, sino proveer herramientas que no solo permitan una mayor internalización de las personas con su salud sexual y reproductiva, sino una identificación de los posibles casos de abusos y los mecanismos existentes para proteger sus derechos en salud, y también sus derechos sexuales y reproductivos. Por medio de la realización de estos espacios educativos y preventivos, se permite que se pueda dar un mayor uso a los servicios y ofertas legales, además de los servicios en salud, o realizar una posible coordinación entre estos.

En cuanto al Fortalecimiento de la coordinación intersectorial de respuestas: la anterior propuesta resalta la importancia de fortalecer la coordinación intersectorial para aumentar la efectividad de las respuestas. Por medio del establecimiento de una mayor coordinación y comunicación entre los distintos actores sectoriales e intersectoriales se pueden disminuir principalmente los tiempos existentes para identificar, atender los casos y realizar seguimientos en salud más precisos, además de realizar coordinaciones con otros sectores que faciliten la protección de los derechos sexuales y reproductivos de

la población, y se pueda no solo atender la problemática de forma más rápida sino evitar una mayor vulneración de los distintos derechos.

En cuanto a la cobertura en servicios de salud: Aumentar la cobertura en servicios de salud para la población: la anterior propuesta resalta la necesidad de aumentar la cobertura en servicios de salud de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva. De esta forma pueden no solo atenderse las necesidades en salud y evitar el agravamiento de las condiciones o afecciones en salud sexual y reproductiva a las cuales esta está expuesta o aumentar la responsabilidad en salud, además se puede promover una mayor captación de situaciones o casos tempranos para satisfacer sus necesidades en salud SSR y la protección de sus derechos vulnerados.

En el caso de esta tercera problemática, se destaca el fortalecimiento de campañas educativas sobre salud sexual y reproductiva llevadas a cabo en colegios, además del desarrollo de estrategias de educación integral con el objetivo de promover el autocuidado, el conocimiento de derechos y la toma de decisiones informadas. Teniendo en cuenta los anteriores alcances, también se establecen las siguientes recomendaciones:

La recomendación para esta tercera problemática, en el ámbito sectorial es mantener la ruta de atención para los casos de violencia y abuso sexual, además de aumentar la cobertura de servicios de salud para la población, en la ruta de atención se realiza la debida valoración del estado de salud mental, físico, la respectiva realización de pruebas y apoyo psicológico para facilitar la atención y toma de decisiones, sin embargo, de forma específica, se recomienda la realización de capacitaciones en apoyo psicológico primario del personal de salud para facilitar la captación del paciente y poder remitirlo eventualmente a los servicios de apoyo psicológico o a los servicios de salud necesarios. Intersectorialmente, se pueden realizar coordinaciones con el ICBF, la Secretaría de salud, la SDIS y la secretaría de la mujer, en este ámbito se recomienda el establecimiento de rutas claras de comunicación y reportes, además de facilitar el contacto con otros servicios como las líneas de atención de violencias, servicios de asesoramiento jurídico para la defensa de sus derechos, ofreciendo a la persona información clara sobre el tipo de servicios que ofrecen, tiempos estimados y la asesoría que puede recibir. Lo anterior podría coordinarse e implementarse en el plazo de 1 año.

Basado en la problemática “Las condiciones socioeconómicas y ambientales son dos de los determinantes estrechamente asociados a la salud, circunstancias como el acceso limitado a vivienda digna, hacinamiento y las deficiencias en saneamiento básico generan ambientes poco higiénicos para la población. Además, las deficiencias existentes en construcción de entornos saludables en los hogares dificultan la apropiación de hábitos de vida proclives a la prevención de enfermedades como la Tuberculosis y la Hepatitis A y B. De esta forma, se identifica la existencia de prácticas insalubres en la localidad de Kennedy, que pueden incidir negativamente en la salud como daños psicológicos, problemas pulmonares, trastornos digestivos, factores de riesgo asociados con otras enfermedades como el cáncer o la cirrosis, entre otras.” Se construyen unas recomendaciones presentadas a continuación.

Para la cuarta problemática, las recomendaciones responden al eje de Gestión Integral del riesgo en salud pública del Plan Decenal de Salud Pública, en este eje se destaca la importancia de la vigilancia en riesgos de salud de forma intersectorial para la identificación, evaluación e intervención de problemáticas en salud, teniendo en cuenta la existencia de distintos grupos poblacionales que poseen a su vez hábitos de vida, enfrentan situaciones ambientales y distintos niveles o factores de riesgo que inciden directamente en su salud. (71) Responde también al pilar de Gestión Integral del Riesgo en Salud del modelo MAS Bienestar debido al desarrollo de acciones conjuntas que permitan la integración de distintos análisis y datos existentes para lograr una atención oportuna, el desarrollo de actividades de prevención y previsión

de riesgos potenciales que permitan mejorar la calidad de vida de la población y la resolución de situaciones socialmente percibidas como problemáticas. (3)

Siguiendo el Plan Territorial de Salud, los núcleos a los cuales asociados a las respuestas son los de inequidades poblacionales presentes en el distrito capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población. En este núcleo, se hace énfasis en la existencia de desigualdades y vulnerabilidades adicionales que enfrenta la población diferencial al momento de acceder a los servicios de salud y ofertas institucionales, además de la existencia de otras vulneraciones a sus derechos que pueden influir negativamente en el impacto que estas pueden tener para garantizar una mejoría en su calidad de vida. El otro núcleo del Plan Territorial de Salud al cual las recomendaciones están asociadas es al 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. (67)

En cuanto a la promoción de jornadas educativas y preventivas: Desarrollar campañas educativas y de prevención: esta primera recomendación busca el fortalecimiento de los hábitos de vida saludables mediante el desarrollo de campañas educativas enfocadas en la promoción de salud y la prevención de enfermedades transmisibles. Mediante estas campañas se puede incidir positivamente en la salud de la población y abaratar costos al sistema de salud, debido a la posible reducción de los casos de enfermedades transmisibles, y explicar los beneficios que estos hábitos tienen en su calidad de vida física, mental, sus relaciones interpersonales y en su condición socioeconómica.

En cuanto al desarrollo de jornadas educativas con enfoque diferencial Acciones de educación individual por grupos de edad para la prevención, promoción y atención: en esta recomendación del desarrollo de acciones educativas individuales por grupos etarios para la prevención, promoción y atención en salud, se busca tener en cuenta el factor diferencial que tienen los distintos momentos de vida en la salud general y también en el impacto que la no-atención de su estado de salud puede tener también en su calidad de vida futura o en la posibilidad de mejorar esta. Por otro lado, se busca también concientizar acerca de las posibles consecuencias que la ausencia de hábitos de vida saludables puede tener en su estado de salud, educativos, laborales e interrelacionales de su vida pueden tener a futuro, al promover o limitar el desarrollo de sus proyectos de vida personales.

En cuanto a la gestión territorial: Realizar un mapeo de actores clave territoriales que permita conocer de primera mano el trasfondo de la necesidad en los territorios: para esta recomendación de realizar un mapeo de actores clave en el territorio para la geolocalización de las posibles necesidades en estos, permite geolocalizar a la población y sus necesidades, para la realización de intervenciones en salud en zonas en las cuales existe una mayor concentración o vulnerabilidad frente a esta problemática, y realizar las respectivas acciones de promoción de hábitos de vida, concientización sobre ofertas y espacios de salud, además de observar los distintos contextos y situaciones de vida que las personas tienen para realizar posibles acciones intersectoriales o intervenciones futuras que permitan un cambio integral en sus condiciones de vida.

Sobre el desarrollo de respuestas resolutivas, para su respectiva atención y evitar la propagación: en esta propuesta relacionada con la promoción de respuestas resolutivas a la problemática, se busca que los programas de prevención sean claros en sus objetivos, metas y alcances esperados para la incidencia en

reducir la propagación de enfermedades transmisibles que son consecuencia de la ausencia de hábitos de vida saludables, por otro lado, también se busca no solo realizar una posible detección temprana y atención, disminuyendo costos, carga de enfermedad y tiempos de atención, sino, incidir en la creación de espacios saludables que permitan también fortalecer los factores de cuidado y preventivos en aquellos espacios en los cuales transcurre el día a día.

En cuanto al fortalecimiento de la gestión de respuestas intersectoriales: la anterior propuesta resalta la importancia de fortalecer la coordinación intersectorial para aumentar la efectividad de las respuestas y promoción de prácticas saludables. Por medio del establecimiento de una mayor coordinación y comunicación entre los distintos actores sectoriales e intersectoriales se pueden disminuir principalmente los tiempos existentes para identificar, localizar, atender los casos y realizar seguimientos en salud más precisos, además de realizar coordinaciones con otros sectores que faciliten la intervención , y se pueda no solo atender la problemática de forma más rápida sino evitar una mayor propagación de las situaciones tanto ambientales como sociales que favorecen el desarrollo de la problemática.

En cuanto a la captación temprana: Realización de pruebas de tamizajes a toda la comunidad expuesta y un tratamiento oportuno y pronto: esta propuesta relacionada con la realización de pruebas de tamizaje a la comunidad busca la identificación de casos tempranos de estas enfermedades transmisibles para su intervención y atención oportuna, por otro lado, también mediante estas pruebas se puede identificar también en que localidades o lugares específicos puede existir una mayor ausencia de hábitos de vida, acumulación de desechos y presencia de estas enfermedades, para ser intervenidos de forma prioritaria.

Para la cuarta problemática, se destaca el desarrollo de actividades de identificación de riesgos, prevención de enfermedades, adicionalmente del desarrollo de jornadas de vacunación y promoción de prácticas de autocuidado. Con el objetivo de complementar las anteriores actividades, se establecen las siguientes recomendaciones:

La recomendación en el caso de esta problemática, en el ámbito sectorial se recomienda mantener la práctica de vigilancia y monitoreo en materia de calidad de agua, para planificar y realizar intervenciones en salud pública, además de capacitaciones para la población en materia del manejo de residuos sólidos, sin embargo, se recomienda realizar campañas de salud en materia de prevención y promoción de hábitos de vida, además de una promoción en estas acciones de las líneas existentes para el reporte de puntos críticos. Intersectorialmente se recomienda establecer y facilitar canales de comunicación entre el sector salud, la SDIS, Ciudad Limpia y secretaría de ambiente que permitan el reporte de estos y la articulación de intervenciones de puntos críticos y verificación del estado de salud de la población para una atención oportuna, además de orientaciones que faciliten el acceso oportuno a servicios de salud y el desarrollo de hábitos de vida saludables, en el plazo de 6 meses.

Basado en la problemática “La pobreza, presencia de necesidades básicas insatisfechas y la desigualdad social del territorio juegan un papel clave en la calidad de vida de las personas y el acceso a ofertas y servicios por parte de la población más vulnerable. Factores como el bajo nivel educativo y las características del sistema sanitario influyen en el acceso a información y recursos para la prevención de enfermedades. Se identifica la ausencia de educación sobre el sistema sanitario como un problema que influye en las inequidades. Provocando como resultado la afectación de la salud en la población infantil de la localidad, desencadenando afectaciones respiratorias como la neumonía, problemas de salud posteriores relacionados con afecciones hepáticas y cardíacas.” Se construyen unas recomendaciones presentadas a continuación.

Para la quinta y última problemática, las recomendaciones corresponden al eje de Gestión integral de la atención primaria en salud del Plan Decenal de Salud Pública en tanto este eje 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. (71) También responde al pilar de Participación social transformadora del modelo MAS Bienestar, 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. (3)

Siguiendo el Plan Territorial de Salud, los núcleos a los cuales asociados a las respuestas son los 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. El otro núcleo asociado es el de inequidades poblacionales presentes en el distrito capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población. En este núcleo, se hace énfasis en la existencia de desigualdades y vulnerabilidades adicionales que enfrenta la población diferencial al momento de acceder a los servicios de salud y ofertas institucionales, además de la existencia de otras vulneraciones a sus derechos que pueden influir negativamente en el impacto que estas pueden tener para garantizar una mejoría en su calidad de vida. (67)

En cuanto a la prevención y vigilancia en factores de riesgo: enfocarse en los factores que originan la problemática más que en soluciones a final de tubo: esta primera propuesta relacionada con la intervención de los factores que inciden en la aparición de problemática podría incidir positivamente en la salud de las personas al favorecer una mayor implementación de actividades o jornadas educativas que promuevan la prevención y el acceso a los servicios disponibles en el sistema de salud, de esta forma podrían captarse de forma temprana los casos relacionados con la salud infantil, por otro lado, su implementación permitiría reducir estos caso de forma cuantitativa y también realizar una posible intervención a los factores de riesgo asociados a esta.

En cuanto al desarrollo de jornadas educativas con enfoque diferencial: Acciones de educación individual por grupos de edad para la prevención, promoción y atención: en esta recomendación del desarrollo de acciones educativas individuales por grupos etarios para la prevención, promoción y atención en salud, se busca tener en cuenta el factor diferencial que tienen los distintos momentos de vida en la salud general y también en el impacto que la no-atención de su estado de salud puede tener también en su calidad de vida futura o en la posibilidad de mejorar esta. Por otro lado, se busca también concientizar acerca de las posibles consecuencias que la ausencia de educación frente al sistema sanitario puede tener en su estado de salud.

Sobre el aumento de la coordinación intersectorial: Mayor trabajo intersectorial de respuesta con la participación activa de la comunidad: la anterior propuesta resalta la importancia de fortalecer la coordinación intersectorial para aumentar la efectividad de las respuestas, estableciendo una

participación activa de la comunidad misma. Por medio del establecimiento de una mayor coordinación y comunicación entre los distintos actores sectoriales e intersectoriales y locales, se pueden realizar jornadas educativas acerca del sistema sanitario que faciliten una intervención y atención oportuna, además de promover de forma más efectiva campañas preventivas.

Acerca de la concientización ambiental: aumentar las campañas ambientales de cuidado y autocuidado para mitigar las infecciones respiratorias: esta propuesta relacionada con el desarrollo de campañas ambientales de cuidado y autocuidado para la reducción de las infecciones respiratorias busca por medio de realizar campañas preventivas, promover los factores y hábitos protectores ante las enfermedades transmisibles y la construcción de una conciencia con respecto a aquellas condiciones ambientales que pueden favorecer su aparición.

Sobre la creación de puntos locales de diálogo con la comunidad: creación de puntos a nivel local que permitan establecer un diálogo permanente de la ciudadanía con los sectores institucionales, los cuales brinden educación con respecto al manejo de residuos sólidos y la prevención de las enfermedades respiratorias: para esta propuesta acerca de la creación de puntos locales que favorezcan el dialogo entre las instituciones y la ciudadanía, busca incidir positivamente en el desarrollo de prácticas correctas de identificación, reporte y manejo de residuos sólidos. De esta forma no solo se puede disminuir la exposición a agentes infecciones y condiciones insalubres del ambiente, disminuyendo a su vez los costos percibidos en salud, sino establecer una mayor coordinación que permita futuras intervenciones prontas y evitar posibles consecuencias en la salud de las personas asociadas a la exposición a estos residuos.

En relación con el aumento de calidad en los profesionales especializados: atención rápida y oportuna por parte de personal especializado en salud y mayor articulación entre los intramurales y extramurales de la subred: esta propuesta se basa en el aumento de la calidad y tiempo de atención por parte del personal especializado, y una mayor articulación entre los servicios intramurales y extramurales de la subred, al aumentar el personal y su coordinación se permite atender las situaciones de salud de una forma más rápida al descentralizar ligeramente los espacios de atención, reduciendo así los tiempos de atención y aumentar la captación de población con necesidades en salud, reduciendo los trasladados, por otro lado, también podrían aumentarse el alcance en los cuales se puede realizar jornadas educativas que promuevan los servicios en salud existentes y su localización.

En el caso de la quinta problemática, se destaca el desarrollo de jornadas de intervención de puntos críticos, jornadas educativas de gestión correcta de residuos, el desarrollo de estrategias de información a unidades operativas del ICBF y SDIS para promover la articulación intersectorial, y, con el objetivo de complementar estas actividades se proponen las siguientes recomendaciones:

Para la última problemática, sectorialmente se recomienda mantener los sistemas de vigilancia en salud, las jornadas de promoción de la oferta de servicios de salud y actividades preventivas en espacios como instituciones educativas, sin embargo, se sugiere ampliar el desarrollo de estas jornadas de promoción a otros espacios como hogares de paso, centros Día y Noche para el adulto mayor, y para la población en primaria infancia se sugiere de forma adicional realizar actividades de prevención y oferta de los servicios de atención a primera infancia en espacios como ferias integrales de servicios en espacios concurridos dentro de la localidad, como parques y promoverlos en instituciones educativas. Intersectorialmente, se pueden realizar dentro de estas mismas jornadas y espacios acciones intersectoriales para promover otros espacios ofrecidos por instituciones junto a instituciones como el ICBF con los Centros de Desarrollo Infantil, o las Rutas Integrales de Atención a Primera infancia en coordinación con el SDIS, los anteriores espacios tanto sectoriales como intersectoriales pueden realizarse en un plazo de 2 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salud SD. Minsalud. [Online].; 2024 [cited 2025 3 21]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-bogota-2023.pdf>.
2. Distrital SJ. sjd. [Online].; 2024 [cited 2025 3 21]. Available from: <https://sisjur.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=155699>.
3. Salud Sd. saludcapital. [Online].; 2024 [cited 2025 3 21]. Available from: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Home/Doc_estr_MAS_Bienestar.pdf.
4. mnsalud. ministerio de salud. [Online].; 2024 [cited 2025 3 21]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/guia-conceptual-construcion-asis-territorios.pdf>.
5. Gonzalez FM, Jmenez MC. revistas unam. [Online].; 2018 [cited 2025 3 21]. Available from: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/72839>.
6. Social Sdl. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://www.integracionsocial.gov.co/>.
7. Distrital SJ. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=13935>.
8. Distrital SJ. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=119582>.
9. IDECA. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://mapas.bogota.gov.co/#>.
- 10 Occidente SS. Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad Localidad de Kennedy. ; 2022.
- 11 DANE DANDE. estratificacion socioeconomica para servicios publicos domiciliarios. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica>.
- 12 PNUD. LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD QUE CONSIDERAN EL ENFOQUE DIFERENCIAL, DE GÉNERO Y NO DISCRIMINACIÓN PARA PERSONAS LGBTI. [Online].; 2019 [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/LINEAMIENTOS%20EN%20ATENCION%20LGBTI-VERSION%20DIGITAL.pdf>.
- 13 Social Sdl. Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle. [Online].; 2015 [cited 2024 Diciembre 07]. Available from: https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/15052023-Politica_Publica_Distrital_de_Habitabilidad_en_Calle_PPDFHC.pdf.
- 14 Salud Sd. comprension territorial de la salud localidad de Kennedy. 2025 Mar 12. informe.
- 15 E.S.E. SIdSdS. Análisis de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad de la Población Habitante de Calle de Bogotá. Bogotá;; 2023.
- 16 Social Sdl. Integracion Social. [Online].; 2024 [cited 2025 3 29]. Available from: <https://www.integracionsocial.gov.co/index.php/noticias/101-noticias-vejez/6743-asi-funciona-el-servicio-cuidado-transitorio-dia-noche-para-personas-mayores-habitantes-de-calle-o-en riesgo-de-habitarla>.

- 17 ARMADO (ODDVDC. BOLETIN TRIMESTRAL DE VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO.
 . [Online].; 2024 [cited 2025 3 19. Available from:
<https://observatorio.victimasbogota.gov.co/sites/default/files/documentos/BOLETIN%20TRIMESTRAL%20JULIO%20-%20SEPTIEMBRE.pdf>.
- 18 ANDI ANDEDC. LA INCLUSIÓN DE VÍCTIMAS Y DESMOVILIZADOS: UNA VENTAJA COMPETITIVA PARA LAS EMPRESAS EN COLOMBIA. [Online].; 2019 [cited 2024 Diciembre 07. Available from:
https://www.andi.com.co/Uploads/Paper%20Victimas%20y%20Desmovilizados%20Lectura_637068180406157918.pdf.
- 19 Salud SDd. Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad diferencial de los pueblos indígenas en Bogotá. [Online].; 2023 [cited 2024 Diciembre 07. Available from:
https://www.saludcapital.gov.co/Documents/etnias/Pueblos_indigenas_Bta.pdf.
- 20 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.; Secretaría Distrital de Salud. Asis Diferencial Comunidades Negras y Afrocolombianas. 2020-2021. Documento de Asis Direrencial.
- 21 Salud SDd. Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad (ACCVSyE) de 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_afocol_Bta.pdf.
- 22 (OCS) EOdCS. INFORME DE MIGRACIÓN EN BOGOTÁ. ; 2022.
- 23 BOSA ALD. La migración, una problemática que nos interesa a todos. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07. Available from: <http://www.bosa.gov.co/milocalidad/la-migracion-problematica-nos-interesa-todos>.
- 24 Occidente SS. Portafolio de Servicios. [Online]. [cited 2024 Diciembre 07. Available from: <https://subredsuoccidente.gov.co/entidad-2-2/portafolio-de-servicios/>.
- 25 salud OPdl. Determinantes sociales de la salud. Tomado de: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>; (2023).
- 26 Sen. A. Desarrollo y libertad. Ed Planeta, Argentina pp. 1-220 tomado de: chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://indigenaselperu.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/09/desarrollo_y_libertad_-_amartya_sen.pdf; (2000).
- 27 BBVA. Tipos de pobreza: ¿cuáles son y por qué es importante su clasificación? [Documento en linea],; 2025 [cited 2025 febrero 9. Available from: <https://www.bbva.com/es/sostenibilidad/cuales-son-los-tipos-de-pobreza-y-por-que-es-importante-su-clasificacion/>.
- 28 Zunzunegui. ÁOPyMV. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. UNAM. México pp. 1-20; (2022).
- 29 Secretaría de Desarrollo Económico. Observatorio del Desarrollo Económico. El mercado laboral en 19 localidades de Bogotá. [Online].; 2022 [cited 2024 Noviembre 22. Available from:
https://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/sites/default/files/files_articles/ne_merclab_final.pdf.

- 30 Planeacion SDd. secretaria distrital de planeacion. [Online].; 2023 [cited 2025 2 15. Available from: sdp.gov.co.
- 31 Salud SDd. saludata. [Online].; 2024 [cited 2025 3 20. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/pobreza-y-desigualdad-en-bogota-d-c/>.
- 32 Planeacion SDd. SDP. [Online].; 2024. Available from: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/la_estratificacion_socioeconomica_de_bogota_d.c_.pdf.
- 33 Secretaría de Planeación Distrital. Encuesta Multipropósito de Bogotá y la región - Visor. [Online].; 2021 [cited 2024. Available from: <https://experience.arcgis.com/experience/dfa5a8a94d9547d1a4336e6975a13c0d/page/Inicio/?draft=true&views=4.-Localidad-urbano%2C Urbano-y-rural>.
- 34 Planeacion SDd. SDP. [Online].; 2024. Available from: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/la_estratificacion_socioeconomica_de_bogota_d.c_.pdf.
- 35 Planeacion Sd. sdp. [Online].; 2021 [cited 2025 03 20. Available from: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/capacidad_de_pago_2021.pdf.
- 36 Secretaria de Educación. Boletines Estadísticos. [Online].; 2022 [cited 2024 Noviembre 14. Available from: https://www.educacionbogota.edu.co/portal_institucional/node/4255.
- 37 Secretaria de Educación. Boletines Estadísticos por localidad. [Online].; 2022 [cited 2024. Available from: https://www.educacionbogota.edu.co/portal_institucional/node/4255.
- 38 Salud. OMdl. Género y Salud. Tomado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>; (2018).
- 39 E.S.E. SIdSdSN. Documento de población mujeres trans. Bogotá, Colombia. Pp. 1-43 ; . (2021)..
- 40 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)..
- 41 Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá - Saludata. 2024. Determinantes en Salud.
- 42 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 Nº19 de 2024. Pp. 1-26; (2024).
- 43 Laboral EC. Informe final Entorno Cuidador Laboral. ; 2024.
- 44 Occidente SS. analisis de violencias de genero en la prestacion de servicios de salud. analisis. Bogota;; 2023.
- 45 Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Violencias de Género. [Online].; 2018 [cited 2023 Mayo 16. Available from: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onviolenciasgenero/Paginas/home.aspx>.
- 46 Salud SIdSd. ANÁLISIS DE VIOLENCIAS DE GÉNERO EN LA PRESTACIÓN Y EN EL AMBITO LABORAL DE LOS DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED PÚBLICA DEL DISTRITO CAPITAL. ; 2023.

- 47 Liced Marcela Morán Garreta EMPGVHMVMCLDMCVG. Abuso sexual en mujeres de 10 a . 13 años en el valle del Cauca, Colombia. [Online].; 2017 [cited 2023 Enero 10. Available from: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1913/2181>
- 48 Fernando Alex Cortés Telloa DSJDAAMDLMM. El Territorio como Determinante Social de la . Salud: Algunas Estrategias para su Abordaje. Santiago de Chile Universidad Central de Chile. ; (2021).
- 49 Secretaría Distrital de Salud. Servicios de Salud y Aseguramiento - Estadísticas. [Online].; . 2024 [cited 2024 Diciembre 28. Available from: https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Documents/Derecho_fundamental_salud.pdf.
- 50 Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. [Online].; 2024 . [cited 2024 Diciembre 28. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>.
- 51 UNICEF. [Online].; 2024 [cited 2025 01 21. Available from: . <https://www.unicef.es/blog/vacunacion/importancia-vacunas-en-el-desarrollo#:~:text=Las%20vacunas%20son%20fundamentales%20para,reduciendo%20la%20probabilidad%20de%20epidemias.>
- 52 Observatorio Distrital de Salud - Secretaría Distrital de Salud. Coberturas de vacunación en . Bogotá. Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-. [Online].; 2013 – 2024 I semestre [cited 2024. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/cobertura-vacunacion/>.
- 53 Salud SD. subredesuroccidente. [Online].; 2025 [cited 2025 06 06. Available from: . <https://subredesuroccidente.gov.co/entidad-2-2/portafolio-de-servicios/>.
- 54 Salud SIdSd. Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de las personas . en situación de habitanza en calle de Bogotá. ; 2024.
- 55 Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Social para Habitantes de la Calle . 2021-2031 Bogotá: MSPS; 2021.
- 56 Secretaría Distrital de Integración Social - Secretaría Distrital de Planeación. VIII Censo de . Ciudadanos Habitantes de Calle de Bogotá. 2024..
- 57 Social SDI. SDIS. [Online].; 2021 [cited 2025 1 31. Available from: . https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/15052023-Georreferenciacion-2021.pdf.
- 58 Planeación SDd. Secretaria Distrital de Planeacion. [Online].; 2024 [cited 2025 Enero 21. . Available from: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/boletin_poblacion_migrante.pdf.
- 59 Salud Sd. SaluData. [Online].; 2024 [cited 2025 01 21. Available from: . <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/situacion-de-salud-de-la-poblacion-migrante-internacional-en-bogota-d-c/>.
- 60 Planeacion DNd. Departamento nacional de planeacion. [Online].; 2010 [cited 2025 01 24. . Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Pueblo%20Rrom%20Gitano.pdf>.

- 61 Antioquia Gd. DSSA. [Online].; 2022 [cited 2025 2 25. Available from: . https://dssa.gov.co/images/asis/profundicacion-indigena/assets/cartilla_asis_profundizacion_etnica_2022.pdf.
- 62 Distrital SdP. Secretaria de Planeacion distrital. [Online].; 2022 [cited 2025 01 23. Available from: . https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/caracterizacion_poblacion_afrodescendiente_bogota_2022.pdf.
- 63 Bogota AMd. Secretaria Distrital de Planeacion. [Online].; 2014 [cited 2025 01 24. Available from: . https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/voces_afro_indi_2014.pdf.
- 64 SDS. Analisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de la poblacion raizal en Bogota [Documento].; 2023 [cited 2025 1 16. Available from: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/etnias/Analisis_pob_Raiza_Bta.pdf.
- 65 Secretaría Distrital de Salud - SDS. Calsificación 667_Rips CIE10. 2023 - junio 2024. Archivo excel por localidad.
- 66 Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad -VEBC-. 2024..
- 67 Bogota AMd. sdp. [Online].; 2024 [cited 2025 3 18. Available from: . https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/anexo_3_plan_territorial_de_salud.pdf.
- 68 D.C AMdB. Plan Territorial de Salud Bogota D.c., 2024-2028 "Bogota camina segura". Plan. Bogota: Alcaldia Mayor de Bogota D.C., Secretaria Distrital de Salud; 2024.
- 69 Competitividad CPd. [Online].; 2020 [cited 2025 2 27. Available from: . https://compite.com.co/blog_cpc/ algunos-desafios-del-sistema-de-salud-en-colombia/.
- 70 Segura MCP. Enfoques convencionales sobre la implementación de políticas públicas: potencialidades, limitaciones y silencios. Mundos Plurales. 2023 Feb 2; 10(1).
- 71 Salud Md. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022 - 2031. [Online]. [cited 2024 Diciembre 01. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>.
- 72 pueblo Dd. Política Institucional de Participación Ciudadana, y Lineamientos Generales para su implementación. [Online]. [cited 2024 Diciembre 01. Available from: <https://www.defensoria.gov.co/documents/20123/1259041/Politica-participacion-ciudadana2022.pdf/75108ff0-3399-7f2c-114e-f865b8b55f2c?t=1698686591892>.
- 73 Morales Gonzales F, Cabrera Jimenez M. El metodo de Hanlon, herramienta metodologica para priorizar necesidades y problemas de salud. Una perspectiva operacional para el diagnostico de salud. 2018 Septiembre; II(21).
- 74 E.S.E. SldSdSN. Análisis de violencias de género en la prestación de servicios de salud. Bogotá, Colombia. Pp. 1-90 ; (2023).
- 75 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Análisis de Violencias de Género en la Prestación de los Servicios de Salud. 2023..
- 76 Occidente SS. Análisis de Condiciones, Calidad de vida, Salud y Enfermedad Localidad de Bosa. ; 2022.

- 77 DANE DANDE. Censo habitantes de la calle Bogotá. [Online].; 2017 [cited 2024 Diciembre 07. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-habitantes-de-la-calle-bogota>.
- 78 (ODVCA) ODDVDCA. BOLETÍN TRIMESTRAL DE VÍCTIMAS DEL CONFLICTO 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>.
- 79 Planeación Sd. Caracterización de la población migrante en Bogotá. [Online].; 2024 [cited 2024 Diciembre 07. Available from: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/migrantes_1.pdf.
- 80 Secretaría de Salud de Bogotá. Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Bogotá. Informe Final. Bogotá: Oficina de las Naciones Unidas contra la driga y el delito - UNODC; 2022.
- 81 Subsistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual – SIVIM-. Violencia intrafamiliar y de género en Bogotá D.C. 2013-2023..
- 82 Subsistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual – SIVIM-. Violencia intrafamiliar y de género en Bogotá D.C. 2013-2023. Observatorio de Salud - Saludata.
- 83 Secretaría Distrital de Salud. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional -SISVAN -. 2005-2023..
- 84 Sistema de Estadísticas Vitales - Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proporción del bajo peso al nacer en Bogotá D.C. 2012-2022-2023 (preliminar)..
- 85 Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional -SISVAN- Secretaría Distrital de Salud. Malnutrición en niños menores de 5 años. 2023..
- 86 Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. [Online].; 2023 [cited 2024 Noviembre 14. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>.
- 87 Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional -SISVAN- Secretaría Distrital de Salud. Malnutrición en población de 18 a 64 años en Bogotá D.C. 2011-2023..
- 88 Secretaría de Planeación Distrital. Caracterización de la población migrante en Bogotá. 2017 - 2021..
- 89 Humanos ClD. 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>.
- 90 Mujeres O. Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. [Online].; 2020 [cited 2023 Agosto 15. Available from: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence#:~:text=Tiene%20su%20origen%20en%20la,a%20m%C3%BAltiples%20formas%20de%20violencia.>
- 91 AESTHESIS PM. Violencia de Género: Qué es y Por Qué Existe. [Online].; 2020 [cited 2025 Enero 21. Available from: <https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/violencia-genero-existe/>.

- 92 Mujer SDdl. [Online].; 2022 [cited 2025 Enero 15. Available from: https://omeg.sdmujer.gov.co/phocadownload/2023/01%20Informe_Caracterizacion.asp.pdf
- 93 Anciaes PR. Social Determinants Of Health [Documento]. New Jersey: Salem Press Encyclopedia; 2024 [cited 2025 1 13. Available from: <https://research.ebsco.com/c/lckhto/viewer/html/swsaimifmf>.
- 94 AI FE. [Digital].; 2012 [cited 2024 2 17. Available from: https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/131209_determinantesSociales.pdf.
- 95 (OMEG) OdMyEdGdB. Informe de resultados Línea Base de Política Pública de Mujeres y Equidad de Género [digital]. Bogota; 2022 [cited 2025 1 21. Available from: https://omeg.sdmujer.gov.co/phocadownload/2022/infografias/Informe_de_resultados_Linea_Base_Politica_Publica.pdf.
- 96 Salud Sd. Análisis de Violencias Basadas en Género en la prestación de servicios de salud. 2023..
- 97 Mateus YCD. Entender la discriminación hacia las personas de los sectores sociales LGBT en Bogotá desde los determinantes de raza, género y clase social para de-construirla y subvertirla [Documento]. Buenos Aires; 2020 [cited 2025 1 20. Available from: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/16955/2/TFLACSO-2020YCDM.pdf>.
- 98 Mujer SDdl. Caracterización de personas que realizan actividades sexuales pagadas en contextos de prostitución [Informe]. Bogotá; 2019 [cited 2025 1 15. Available from: https://omeg.sdmujer.gov.co/phocadownload/2019/analisis/Libro%20caracterizacion%20AS_P.pdf.
- 99 Garzon-Segura AM, Pinzon-Estrada SC, Roa Parra S, Torres Jimenez DR. Scielo. [Online].; 2023 [cited 2025 2 22. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/prsp/n35/2389-993X-prsp-35-e20212118.pdf>.
- 10 Planeacion SDd. secretaría distrital de planeación. [Online].; 2023 [cited 2025 2 15. Available from: sdp.gov.co.
- 10 Social MdSyP. Minsalud. [Online].; 2022 [cited 2025 1 23. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/caracterizacion-habitates-calle-colombia-2017-2021.pdf>.
- 10 MinSalud. Observatorio Nacional de Migración y Salud. [Online].; 2024 [cited 2025 01 20. Available from: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/Paginas/Observatorio-Nacional-de-Migracion-y-Salud.aspx>.
- 10 Armado (ODdVdC. Boletín Trimestral [Documento]. Bogotá; 2022 [cited 2025 1 23. Available from: <http://observatorio.victimasbogota.gov.co/sites/default/files/documentos/Boletin%CC%81n%20Vi%CC%81ctimas%20Bogota%CC%81%20-%20Octubre%202022.pdf>.
- 10 Armado ODdVdC. Informe de medición de indicadores de goce efectivo de derechos [Informe]. Bogotá; 2022 [cited 2025 1 25. Available from: <https://observatorio.victimasbogota.gov.co/sites/default/files/documentos/Informe%20IGED%202023%20Vigencia%202021.pdf>.

ANEXOS

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

Dimensión	Categoría	Determinantes intermedios de la salud	Bogotá Dato SSO	Kennedy	Año del dato	Fuente
Socioeconómica	Acceso a los servicios públicos	Cobertura de servicios de electricidad (Urbano)	99,9	100	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Cobertura de acueducto (Urbano)	99,8	100	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Cobertura de alcantarillado (Urbano)	99,5	99,9	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Cobertura de gas natural	95,3	100	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Cobertura de recolección de basuras	99,7	98,7	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
	Ocupación - Fuerza de trabajo	Población en edad de trabajar (PET)	81,5	81,5	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Fuerza laboral (FL)	51,9	52,5	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Tasa de desempleo (TD)	13,2	16,5	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Tasa de ocupación (TO)	55,3	53,8	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Tasa global de participación (TGP)	63,7	64,4	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
	Estrato socioeconómico	Estrato 1	9,3	1,6	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Estrato 2	41,1	53,9	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Estrato 3	33,8	42,1	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Estrato 4	10,2	2,4	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Estrato 5	3,4	0,0	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Estrato 6	2,1	0,0	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Sin estrato	0,2	0,0	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
	Suficiencia de Ingresos del hogar	Se considera pobre, según el jefe de hogar	26,5	31,6	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		1. No alcanzan para cubrir los gastos mínimos	23,6	25,0	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		2. Sólo alcanzan para cubrir los gastos mínimos	54,8	60,6	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		3. Cubren más que los gastos mínimos	21,5	14,4	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
	Educación	Porcentaje de hogares con analfabetismo	2,04	1,8	2021	Encuesta Multi Propósito 2021
		Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria	97,5	95,0	2022	Boletín caracterización sector educativo 2022
		Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundaria	107,3	102,8	2022	Boletín caracterización sector educativo 2022
		Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media	97,0	84,5	2022	Boletín caracterización sector educativo 2022
	Salud mental	Prevalencia de consumo actual de cualquier sustancia ilícita	4,5	3,1	2022	Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. informe final 2022
		Prevalencia de fumadores actuales	15,6	15,6	2022	Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. informe final 2022
		Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar *	578,1	611,8	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	92,7	2023 p	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
		Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	16,1	15,9	2023 p	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
		Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años	6,3	5,9	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
		Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años	14,9	14,3	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
		Prevalencia de obesidad en población de 18 a 64 años	57,2	57,5	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	434,4	2023	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
Territorial	Sistema Sanitario	Cobertura de afiliación al SGSSS	100,3	99,8	2024	Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData
		Coberturas administrativas de vacunación con pentavalente en menores de 1 año	87,3	75,5	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	73,9	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	79,0	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	89,8	2023	Base NV Entregada por SDS
		Cobertura de parto institucional	99,9	99,9	2023	Base NV Entregada por SDS
		Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	99,7	99,7	2023	Base NV Entregada por SDS

* Tasa calculada por 100.000 habitantes

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

Año	Pentavalente	Triple viral menor a 1 año	Triple viral (Refuerzo)	2º Refuerzo DPT
2013	91,1	76,6	83,0	NA
2014	88,4	92,3	76,0	NA
2015	93,8	96,6	92,0	NA
2016	104,2	104	96,0	NA
2017	96	102,2	95,0	NA
2018	87,1	108,5	100,0	NA
2019	87,3	91,6	94,0	NA
2020	69,4	83,1	94,0	NA
2021	71,2	72,8	95,0	NA
2022	71,4	68	79,0	NA
2023	75,5	73,9	NA	79,0
2024 I SEMpp	44,4	37,5	NA	39,0

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 Kennedy, 2019 - 2023

Enfermedades transmisibles	Hombres					Mujeres					Total									
	2019		2020		2021		2022		2023		2019		2020		2021		2022		2023	
	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	
1.01 Enfermedades infecciosas intestinales	1,4	0,8	1,6	1,2	1,4	1,1	0,2	2,1	2,8	3,2	1,3	0,5	1,8	2,0	2,3					
1.02 Tuberculosis	0,6	0,8	1,0	1,0	2,4	0,4	0,9	0,9	1,1	0,7	0,5	0,9	1,0	1,1	1,5					
1.03 Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,4	0,6	0,4	0,6	0,4	1,1	0,2	0,2	0,4	0,0	0,8	0,4	0,3	0,5	0,2					
1.04 Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,2	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2					
1.05 Meningitis	0,8	0,4	0,4	0,4	0,4	0,0	0,0	0,2	0,6	0,2	0,4	0,2	0,3	0,5	0,3					
1.06 Septicemia, excepto neonatal	0,8	1,0	0,6	1,4	1,0	0,4	0,0	1,1	0,9	0,6	0,6	0,5	0,9	1,2	0,8					
1.07 Enfermedad por VIH (SDA)	5,9	6,6	4,6	5,4	5,8	1,5	1,1	0,4	1,1	0,4	3,6	3,8	2,4	3,2	3,0					
1.08 Infecciones respiratorias agudas	14,8	15,0	19,2	13,6	16,3	14,2	7,3	14,0	11,8	12,6	14,5	11,0	16,5	12,7	14,4					
1.09 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parásitarias	1,6	167,5	315,9	36,8	4,4	0,7	76,7	180,8	25,5	4,3	1,2	120,5	246,0	30,9	4,3					

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	15,0	15,6	15,8	14,7	10,9	6,3	9,7	9,0	11,8	12,0	10,5	12,6	12,3	13,2
2.02 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidica	11,3	6,4	6,4	8,4	8,0	10,1	7,8	9,2	9,6	6,9	10,7	7,2	7,8	9,0	7,4
2.03 Tumor maligno De los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	15,0	10,6	15,2	17,4	21,7	10,9	12,5	16,4	13,9	19,5	12,8	11,6	15,8	15,6	20,6
2.04 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	8,5	7,4	6,6	5,6	5,2	6,0	5,2	5,4	6,2	8,1	7,2	6,3	6,0	5,9	6,7
2.05 Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	1,0	2,2	0,8	0,6	1,2	0,7	0,6	0,2	0,4	1,1	0,9	1,4	0,5	0,5	1,2
2.06 Tumor maligno de la mama de la mujer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	12,0	14,7	12,5	12,4	12,0	6,2	7,6	6,5	6,4	6,3
2.07 Tumor maligno del cuello del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	5,8	6,4	5,8	5,4	2,9	3,0	3,3	3,0	2,8
2.08 Tumor maligno del cuerpo del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	2,6	1,5	3,0	3,9	2,3	1,4	0,8	1,5	2,0
2.09 Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,9	1,1	1,3	1,7	1,3	2,5	0,6	0,7	0,9	0,7
2.10 Tumor maligno de la próstata	10,5	8,6	13,0	12,4	12,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,1	4,2	6,3	6,0	6,0
2.11 Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	4,1	86,3	4,0	3,8	5,2	3,7	104,3	9,2	10,1	9,7	3,9	95,6	6,7	7,1	7,5
2.12 Leucemia	5,7	3,6	4,6	5,8	4,0	4,5	3,4	3,2	3,6	4,1	5,1	3,5	3,9	4,6	4,1
2.13 Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	7,1	5,8	7,6	7,8	7,6	4,3	6,5	5,4	5,1	6,2	5,6	6,2	6,5	6,4	6,9
2.14 Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	17,4	11,0	11,8	19,6	18,9	14,8	9,9	14,8	11,6	14,6	16,1	10,4	13,3	15,5	16,7
2.15 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	7,1	6,6	4,8	3,6	5,6	7,9	3,9	6,4	7,7	5,6	7,5	5,2	5,6	5,7	5,6

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 cardíacas reumáticas crónicas	1,4	0,2	0,0	0,0	0,4	3,0	0,4	0,0	0,2	0,4	2,2	0,3	0,0	0,1	0,4
3.02 Enfermedades hipertensivas	9,5	7,6	10,6	13,6	10,6	8,6	9,7	14,4	15,0	12,6	9,1	8,7	12,6	14,3	11,6
3.03 Enfermedades isquémicas del corazón	75,4	62,4	97,7	87,3	69,9	50,6	46,3	82,2	79,4	66,7	62,5	54,0	89,7	83,2	68,3
3.04 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	10,3	8,6	11,6	16,0	10,6	9,7	10,4	15,3	14,1	12,7	10,0	9,6	13,5	15,0	11,7
3.06 Insuficiencia cardíaca	2,4	1,8	1,2	3,0	1,8	2,6	1,1	1,9	2,2	2,2	2,5	1,5	1,5	2,6	2,0
3.07 Enfermedades cerebrovasculares	21,7	18,7	23,6	19,8	22,1	29,6	17,5	30,1	25,9	26,8	25,8	18,1	27,0	22,9	24,5
3.08 Arteriosclerosis	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
3.09 Las demás enfermedades del sistema circulatorio	6,7	6,4	6,8	10,0	8,8	6,2	2,8	5,6	6,4	6,6	6,4	4,5	6,2	8,1	7,6

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

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	
	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa		
5.01 Accidentes de transporte terrestre	15,8	9,4	17,2	18,2	14,5	4,1	3,5	3,0	3,2	4,3	9,7	6,4	9,9	10,4	9,3					
5.02 Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0					
5.03 Caídas	3,6	4,4	5,0	3,8	3,8	1,9	1,5	1,7	1,3	1,9	2,7	2,9	3,3	2,5	2,8					
5.05 Ahogamiento y sumersión accidentales	0,6	0,4	0,2	0,2	0,6	0,0	0,2	0,0	0,6	0,2	0,3	0,3	0,1	0,4	0,4					
5.06 Accidentes que obstruyen la respiración	0,4	0,8	0,6	0,6	0,6	0,2	0,0	0,4	0,4	0,6	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6					
5.07 Exposición a la corriente eléctrica	0,4	0,0	0,6	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,3	0,3	0,3					
5.08 Exposición al humo, fuego y llamas	0,4	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1					
5.09 Envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas	0,4	0,6	0,6	1,0	0,8	0,2	0,4	0,2	0,2	0,2	0,3	0,5	0,4	0,6	0,5					
5.10 Los demás accidentes	2,6	1,2	2,2	2,4	2,6	1,5	0,4	1,7	1,3	1,1	2,0	0,8	1,9	1,8	1,8					
5.11 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	8,7	5,6	9,8	9,8	8,0	3,4	2,4	1,7	2,1	3,0	5,9	4,0	5,6	5,8	5,4					
5.12 Agresiones (homicidios)	24,7	22,9	32,8	21,4	22,5	2,2	2,8	1,9	3,0	2,4	13,0	12,5	16,8	11,9	12,2					
5.13 Eventos de intención no determinada	5,3	5,2	4,6	6,0	5,4	2,2	1,7	1,9	1,9	1,7	3,7	3,4	3,2	3,9	3,5					
5.14 Las demás causas externas	0,4	0,6	0,4	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,3	0,2	0,6	0,1					

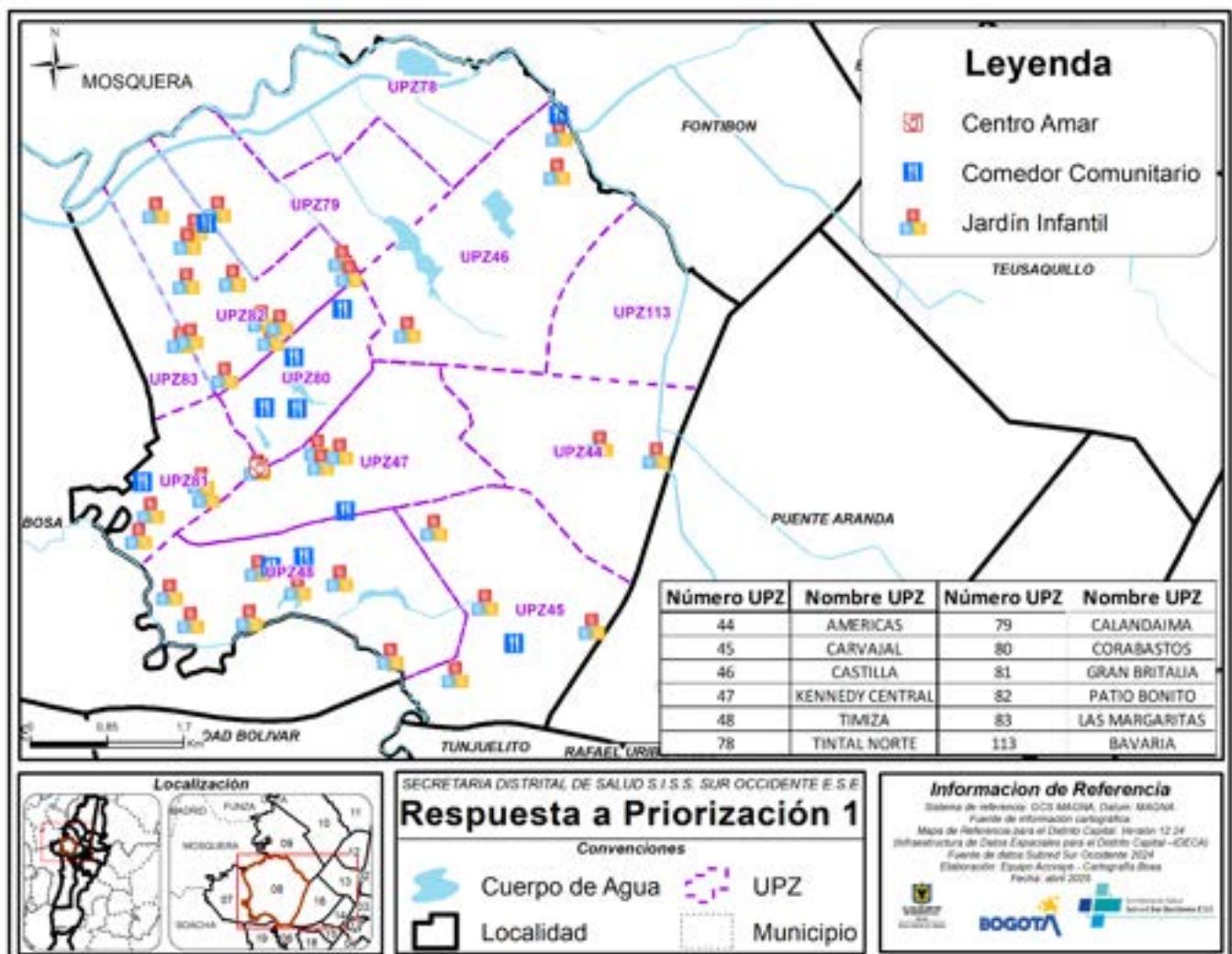
Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

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

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

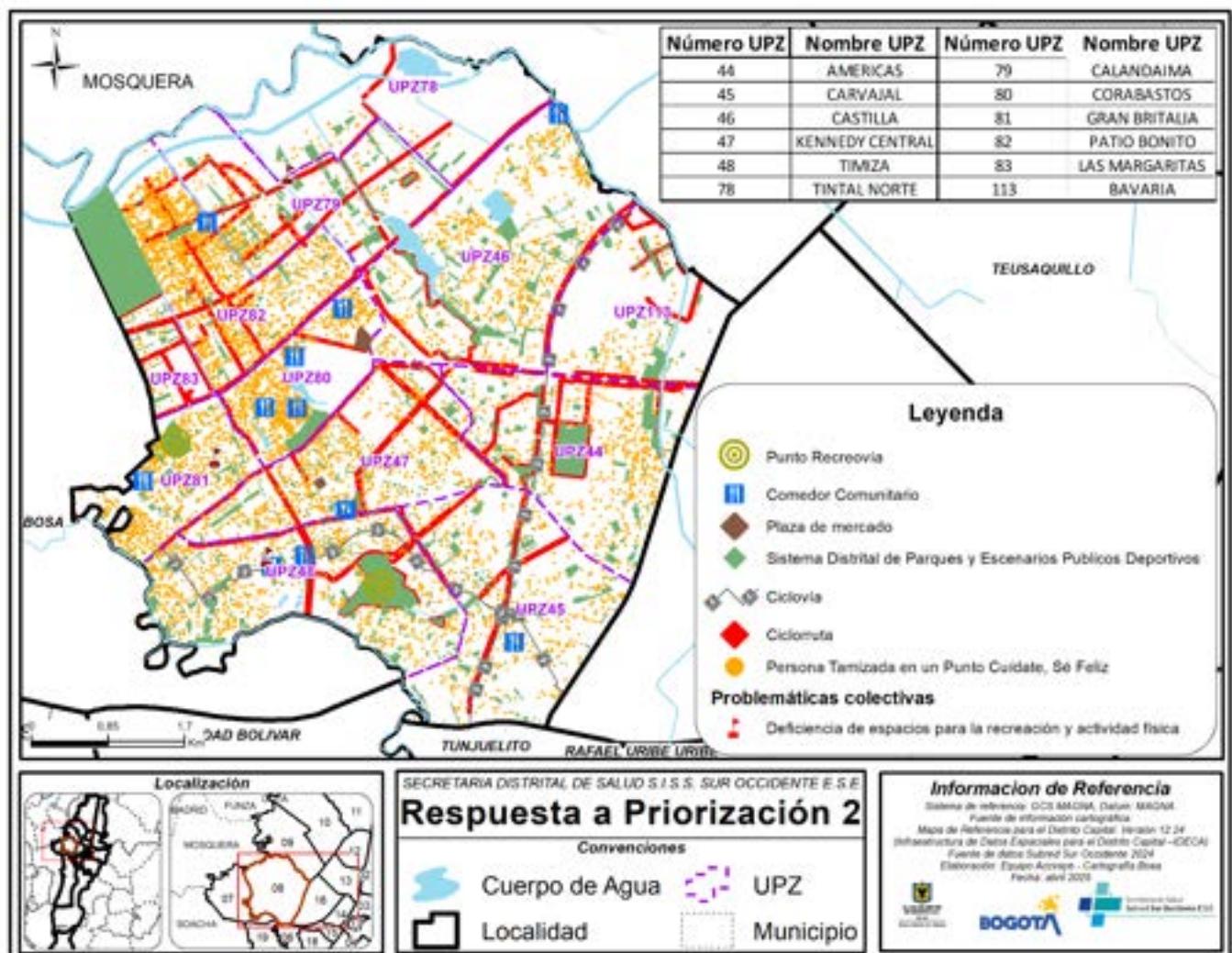
Fuente: Bases estadísticas vitales, RUAF defunciones - SDS, 2019 a 2023

Anexo 4. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la Priorización 1 en la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2020 - 2024



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

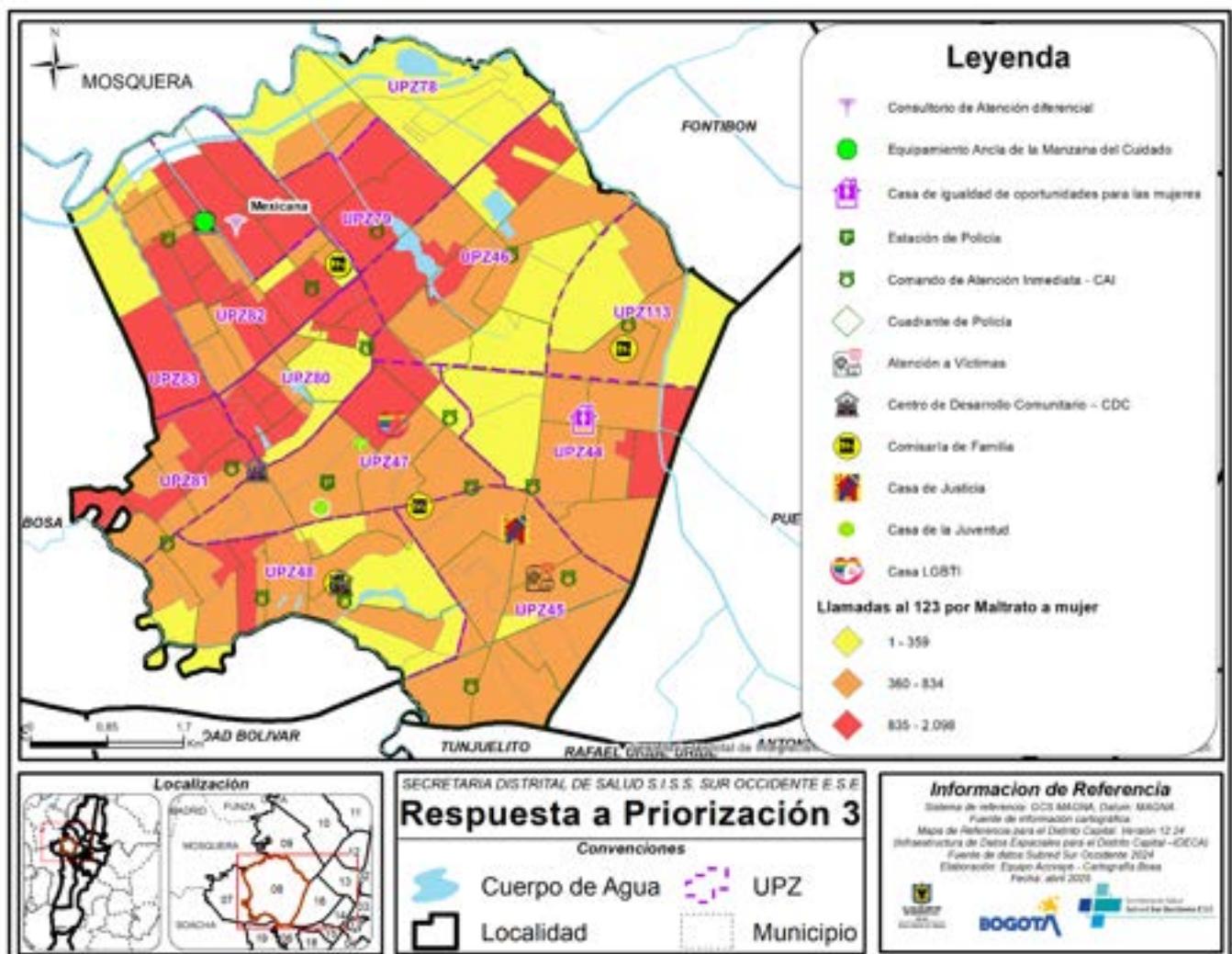
Anexo 5. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la Priorización 2 en la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2020 – 2024*



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

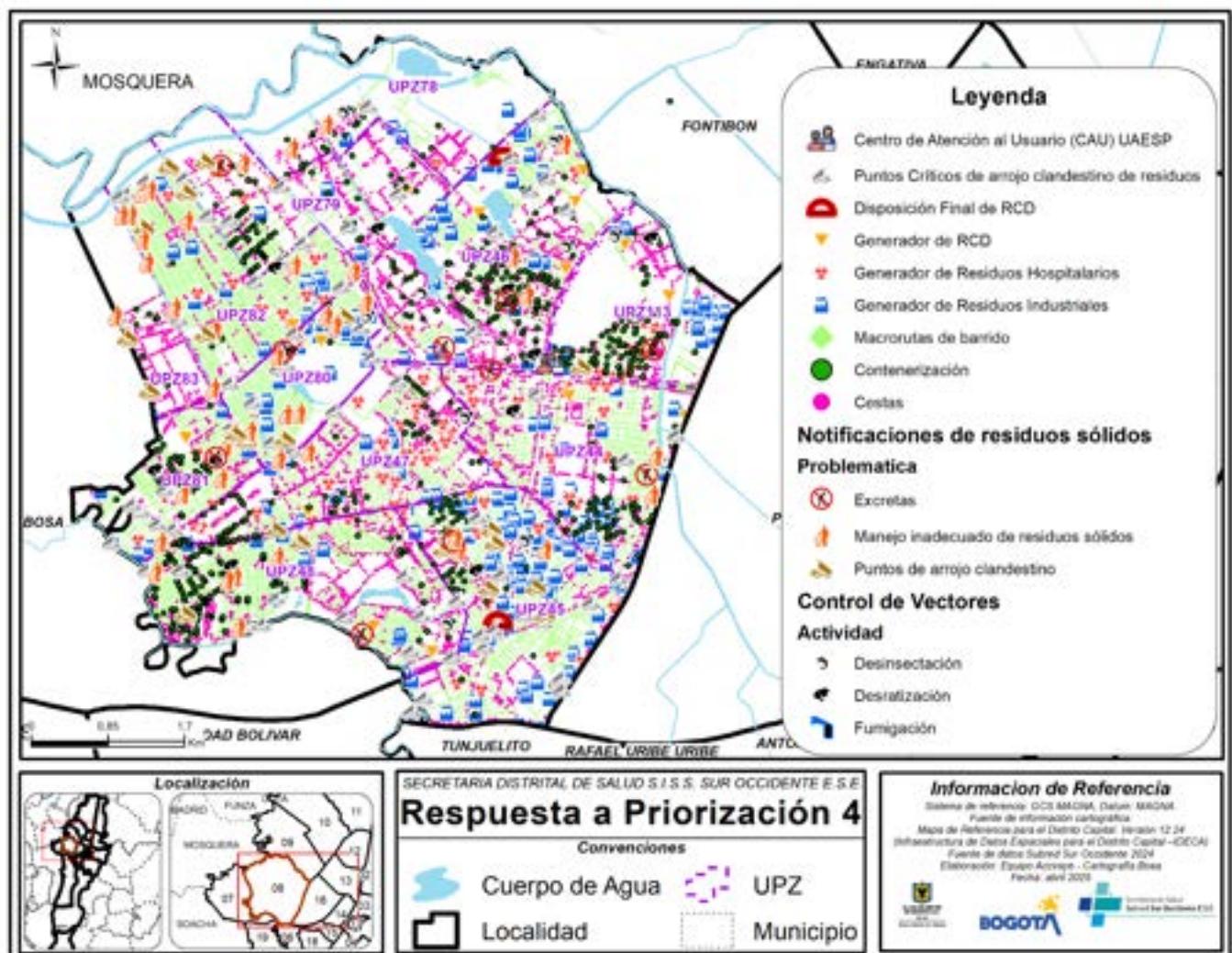
*primer semestre 2022 (parcial y preliminar) **primer semestre 2024 (parcial y preliminar)

Anexo 6. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la Priorización 3 de la localidad de Kennedy, 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 4 de la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2020 a 2024

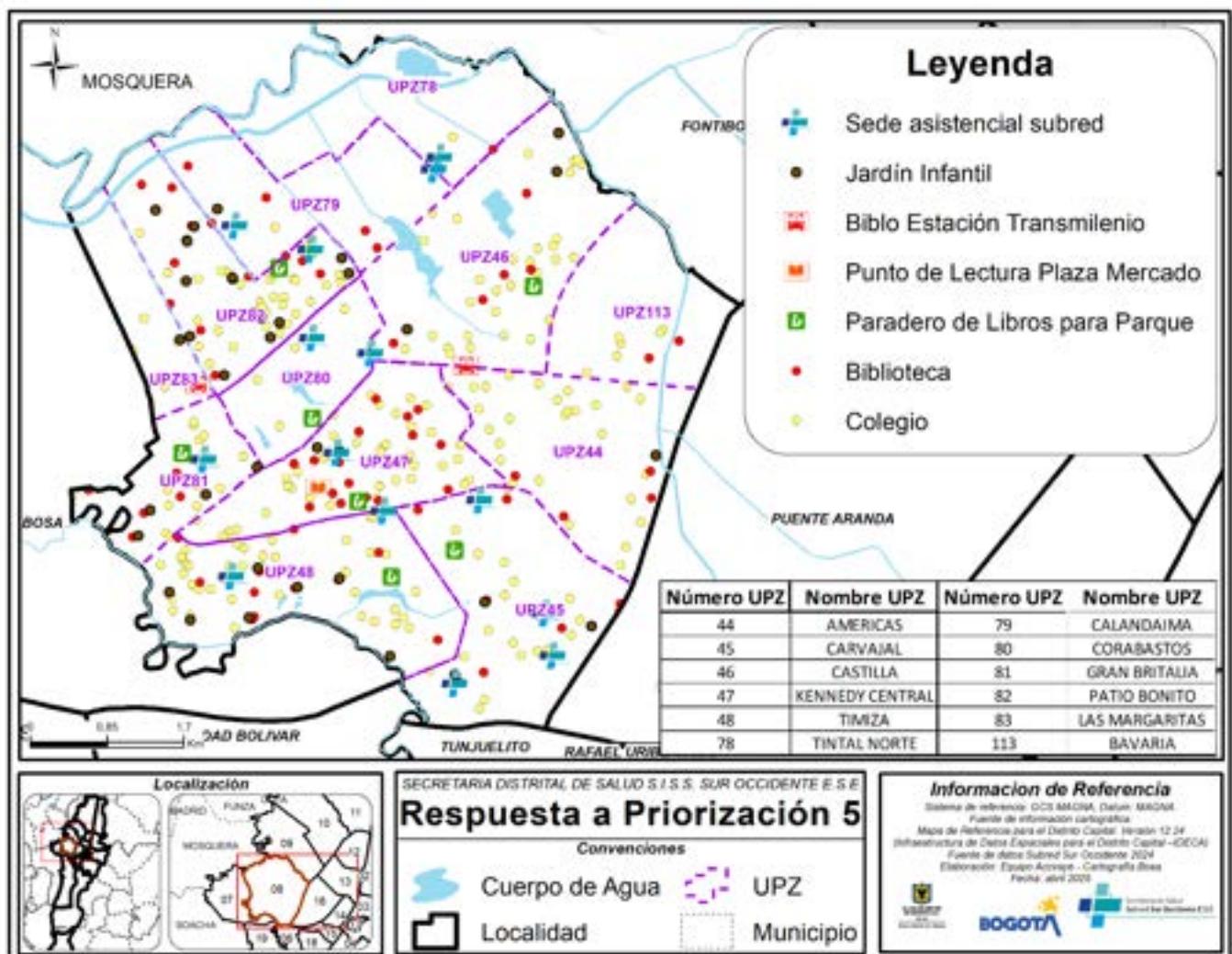


Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2024 - Base problemáticas colectivas VEBC - SDS, 2023 a

2024*Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

*primer semestre 2024 (parcial y preliminar)

Anexo 8. Respuesta Sectorial e Intersectorial a la Priorización 5 de la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, 2020 a 2024



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



SECRETARÍA DE
SALUD

