

**SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE Y CENTRO ORIENTE E.S.E.**

**PROCESO INTEGRAL E INTEGRADO: GESTIÓN TERRITORIAL DE LA ATENCIÓN
PRIMARIA SOCIAL PARA LOS PROCESOS DE GSP- PSPIC**

SUBPROCESO: ANÁLISIS DE LA GESTIÓN TERRITORIAL DE LA SALUD PÚBLICA

**ACCIÓN DE GESTIÓN PARA EL BIENESTAR: ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS Y
ACCIONES PARA LA SALUD PÚBLICA EN EL MARCO DE LA GESTIÓN
TERRITORIAL**

MARCO DE ACCIÓN QUE ORIENTE EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE
ACCIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE REDES DE CUIDADO Y
PROPONGA INSUMOS QUE APORTEN A LA CONSOLIDACIÓN DE
PROCESOS DE GENERACIÓN DEL CONOCIMIENTO FRENTE AL
CUIDADO PARA EL ENVEJECIMIENTO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.

**EN EL MARCO DEL CENTRO DE INNOVACIÓN Y PENSAMIENTO DE
ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS**

EQUIPO DE TRABAJO DE LAS SUBREDES INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD:

CENTRO ORIENTE E.S.E.

Luis Guillermo Cely
Brillith Paola Zipa
Esteban Jerez Díaz
María Alexandra Ramírez

Políticos
Epidemiólogos
Antropólogo/socióloga
Geógrafos

SUR OCCIDENTE E.S.E.

Juliana Dimaté Romero
Katherine Sosa Portela
Johana Carolina Ortiz
Javier Camilo Aguillón

**SUBDIRECCION DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA
LUZ MERY VARGAS, IRLA SALCEDO, SANTIAGO VALENCIA**

BOGOTÁ D.C, MARZO 2026

LISTA DE SIGLAS

COLMYEG: Comités Operativos Locales de Mujer y Equidad de Género
COPACO: Comités de Participación Comunitaria en Salud
CDEIS: Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud
CHSJD: Complejo Hospitalario San Juan de Dios
CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EMB: Encuesta Multipropósito de Bogotá
IDECA: Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital
IDPAC: Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal
IPM: Índice de Pobreza Multidimensional
JAC: Junta de Acción Comunal
JAL: Junta Administradora Local
LGBTIQ+: Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales, Queer y otros colectivos
SDIS: Secretaría Distrital de Integración Social
SDP: Secretaría Distrital de Planeación
SDS: Secretaría Distrital de Salud
UPZ: Unidad de Planeamiento Zonal
VCA: Víctimas del Conflicto Armado

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	6
General	6
Específicos	6
1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	7
2. RECONOCIMIENTO TERRITORIAL.....	15
2.1 Contexto político administrativo de la zona de influencia y accesibilidad.....	15
2.2 Condiciones ecológico – ambientales.....	17
2.3 Condiciones socio económicas.....	18
2.3.1 Estratificación.....	19
2.3.2 Índice de Pobreza Multidimensional (IPM).....	20
2.3.2.1 Condiciones de vivienda	21
2.3.2.2 Condiciones laborales.....	22
2.3.2.3 Condiciones educativas	23
2.4 Contexto poblacional y demográfico.....	24
2.4.1 Población y Estructura demográfica.....	24
2.4.1.1 Población diferencial	27
2.5 Instancias, líneas temáticas, actores y activos sociales e institucionales	30
2.5.1 Instancias, participación social y líneas temáticas.....	30
2.5.2 Actores	37
3 TÉCNICAS Y METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN Y ANÁLISIS	39
3.1 Planificación técnica de los procesos de construcción participativa	39
3.2 Implementación de los procesos de construcción participativa	41
3.2.1 Metodología de Implementación	42
3.2.2 Estructura del análisis: Dimensiones, categorías y variables de análisis.....	45

3.3 Sistematización y análisis de la información	47
Bibliografía	49

Lista de mapas

Mapa 1. División política-administrativa de la zona de influencia del CHSJD, 2026	16
Mapa 2. Condiciones ecológico – ambientales de la zona de influencia del CHSJD, 2026	18
Mapa 3. Estratificación de la zona de influencia del CHSJD, 2026.....	20

Lista de tablas

Tabla 1. Indicadores demográficos de interés por UPZ de la Zona de Influencia del CHSJD, quinquenios 2021-2026-2031	26
Tabla 2. Instancias de participación en las localidades Antonio Nariño, Los Mártires, San Cristóbal y Santa Fe, a 2024	30
Tabla 3. Líneas temáticas abordadas por las organizaciones sociales de las localidades relacionadas con la zona de influencia del CHSJD, año 2019.	33
Tabla 4. Dimensiones, categorías y variables de análisis para la recolección y análisis de la información.	46

Lista de gráficas

Gráfica 1. Pirámides poblacionales por UPZ de la Zona de Influencia del CHSJD, quinquenios 2021-2026-2031	25
Gráfica 2. Distribución de población según población diferencial por UPZ de la Zona de Influencia del CHSJD, 2021	27
Gráfica 3. Distribución de población según etapa de vida y población diferencial de la Zona de Influencia del CHSJD, 2021	29
Gráfica 4. Distribución porcentual de personas por etapa de vida que pertenece a organizaciones entre las cinco UPZ relacionadas con el área de influencia, año 2021. ...	32
Gráfica 5. Elementos clave de la metodología para el desarrollo de los ejercicios participativos.....	45

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es una inevitable realidad en marcha que, dependiendo de la manera en la que se la comprenda y aborde, supone un problema o una oportunidad para construir una sociedad más equitativa y saludable que pueda vivir en bienestar. Al comprender que el significado e impacto individual, social, económico e institucional del envejecimiento poblacional depende de la forma y condiciones en que las personas nacen, se desarrollan y envejecen, es posible pensar que la solución al "problema" alberga en sí misma las condiciones de posibilidad para que el sueño y la deuda histórica del bienestar para todos y todas en la ciudad, sea una realidad.

El envejecimiento (para que sea activo y saludable) requiere de formas y procesos de cuidado a lo largo de la vida de las personas, los cuales son llevados a cabo por individuos, familias, comunidades e instituciones. Esta diversidad de actores-cuidadores requiere y es susceptible de ser optimizada bajo una óptica sistémica de redes. El valor de las redes de cuidado a lo largo del curso de vida radica en que las personas puedan contar con las atenciones y consideraciones necesarias para llevar una vida que les permita bienestar y el desarrollo de su potencial.

No obstante, en el venidero escenario del envejecimiento poblacional distrital las redes de cuidado agudizan su importancia, pues permiten redistribuir la responsabilidad del cuidado que históricamente ha reposado en las familias e institucionalidad, al extenderla a la comunidad como ámbito con importantes potencialidades para su afrontamiento.

En fin, saber envejecer como sociedad implica saber y poder cuidar a lo largo de la vida no sólo en la vejez, en lo que las redes a lo largo de la vida son esenciales, pues no solo permiten el cuidado, sino que crean tejido social y constituyen, por su propia naturaleza, un valioso mecanismo preventivo y de mitigación frente a retos como el abandono y la soledad no deseada en personas mayores.

Ante estos hechos, la presente propuesta busca desde la comprensión del envejecimiento poblacional contribuir mediante la construcción participativa/colaborativa de un marco de acción para el fortalecimiento de redes de cuidado para el bienestar con miras, que aporte a la consolidación de procesos de generación del conocimiento en el Centro de pensamiento e innovación para el envejecimiento y la vejez del Complejo Hospitalario San Juan de Dios (CHSJD). Como parte de los primeros pasos de este proceso, la acción propuesta se delimita territorialmente por la zona de influencia del CHSJD con el propósito de identificar retos, posibilidades y necesidades para su sostenibilidad y generalización a toda la ciudad.

Por lo tanto, el presente documento se estructura en los siguientes apartados:

- Marco teórico conceptual: define los conceptos sobre los cuáles se fundamenta la propuesta para el fortalecimiento de redes de cuidado para el envejecimiento en la zona de influencia del CHSJD.
- Reconocimiento territorial: identifica las características demográficas, ambientales geográficas, socioeconómicas, comunitarias (actores y activos sociales e institucionales) y de la zona de influencia del CHSJD.

Comentado [LG1]: Recomiendo revisar el planteamiento.

El envejecimiento es un proceso que se inicia desde el mismo momento de la concepción.... a lo largo de la vida, es una realidad, es inevitable. La forma como se desarrolla ese proceso depende de las condiciones

Comentado [LG2]: revisar el envejecimiento depende de como..... se envejece

Comentado [LG3]: creo que antes se debe plantear que a lo largo de la historia se han planteado formas de entender el envejecimiento y asignado "atributos" al mismo, así como: envejecimiento activo, saludable, exitoso...

Comentado [LG4]: con soporte familiar, comunitario e institucional que aporte y refuerce unas condiciones para el cuidado y otras condiciones necesarias para vivir una vida con bienestar.

Comentado [LG5]: esto es aumento de proporción de población mayor de 60 años.. esto es vejez, por que si estamos hablando que estamos todos los días envejeciendo como decimos que es venidero, es necesario entonces introducir otro elemento y es la transformación demografica por reducción de nacimientos...

- Desarrollo de procesos de construcción participativa/colaborativa que aporten a la construcción de la propuesta. contiene la planificación metodológica y operativa para el desarrollo de los procesos de construcción
- Propuesta de marco de acción: establece los elementos técnicos que orientan el diseño de acciones e implementación de acciones para el fortalecimiento de redes de cuidado para el envejecimiento.

OBJETIVOS

General

Estructurar los elementos teóricos y prácticos que orienten el diseño e implementación de acciones para el fortalecimiento de redes de cuidado para el envejecimiento en la zona de influencia del Complejo Hospitalario San Juan de Dios, con el fin de proponer aportes para la consolidación de procesos de generación del conocimiento frente al cuidado para el envejecimiento en la ciudad de Bogotá.

Específicos

- Construir un marco teórico general que permita identificar los elementos conceptuales, técnicos, metodológicos y territoriales que oriente la construcción participativa de un marco de acción para el fortalecimiento de redes de cuidado para el envejecimiento.
- Desarrollar actividades participativas/colaborativas con actores sociales de interés en la zona de influencia del CHSJD con el fin de recopilar según su voz y perspectiva, elementos, necesidades y oportunidades para el desarrollo adecuado de acciones de fortalecimiento de redes de cuidado.
- Proponer un marco de acción que oriente el diseño e implementación de acciones para el fortalecimiento de redes de cuidado y proponga insumos que aporten a la consolidación de procesos de generación del conocimiento frente al cuidado para el envejecimiento en la ciudad de Bogotá.

Comentado [SVR6]: Ajustados con los nuestros

1. MARCO CONCEPTUAL

El presente marco conceptual tiene como propósito presentar los elementos que orientan la comprensión del cuidado en el envejecimiento, como base para la construcción participativa de un marco de acción enfocado en el fortalecimiento de redes de cuidado en la zona de influencia del CHSJD. Este apartado es producto de un ejercicio de revisión, análisis y síntesis de fuentes académicas, técnicas, institucionales y normativas (Anexo 1. Matriz de fuentes) que permiten consolidar una base conceptual y contextualizada relacionada con el envejecimiento y el cuidado.

El ejercicio, permitió contrastar diversas aproximaciones conceptuales en torno a los temas analizados, lo que hizo posible reconocer tanto sus puntos de encuentro como sus diferencias y alcances. La consolidación de definiciones integra elementos comunes y complementarios, ajustados a las particularidades del análisis y a su pertinencia en contextos territoriales, especialmente en relación con el fortalecimiento de redes de cuidado (Anexo 2. Matriz de conceptos).

Se dispone en primer lugar la *Gobernanza* como un concepto que implica un factor “relacional” el cual responde a la complejidad de problemas sociales en las que se las requieren capacidades de diferentes actores que se relacionan con el mismo. Por esta línea, la gobernanza alude por sí misma al “proceso colectivo” de diferentes actores que componen la sociedad, el mercado y el Estado, y que se configura según el contexto y problemas sociales, que se articulan en función de resultados o efectos a lograr; dentro del cual confluyen y configuran reglas, principios, sujetos, instrumentos, patrones de operación, alcances, incentivos, entre otros, que se ponen en marcha para permitir controlar y resolver los problemas en cuestión (1).

En principio, la función de una dirección basada en gobernanza es “orientar con una intención”, para lo cual la toma de decisiones es fundamental, lo que faculta a establecer acuerdos entre los diferentes actores públicos y privados para concebirlas, así como los procesos que de ellas se derivan para suscitar acciones -productos y servicios-. Aquí, es importante hacer énfasis que son los “acuerdos” los que legitiman las decisiones conjuntas entre los actores, en el marco de las relaciones de poder reconociendo su carácter a partir de su autonomía, competencia y autoorganización (2), quienes pueden aportar con recursos informativos, cognoscitivos, tecnológicos, financieros, morales y organizativos.

Entonces, la labor del gobierno no es otra que la de convocar, moderar y conciliar, con lo que debe lograr mantener una perspectiva de gana-gana que motive la cooperación, no sólo en su origen sino también en su sostenibilidad, y finalmente dar autoridad a las decisiones que se tome (2). En síntesis, la Gobernanza **hace referencia a una forma organizativa del ejercicio del poder que se orienta a la concertación de fines y objetivos, mediada por procesos de acción conjunta en los que actores gubernamentales y no gubernamentales -sociales, políticos y económicos-**

Comentado [SVR7]: En este apartado, en la medida en que se presenten los conceptos o en una sección aparte, se deben identificar elementos técnicos de valor que orienten la construcción del marco de acción.

Comentado [LP8]: Recordar que el marco conceptual debe estar orientado a: permitir identificar los elementos conceptuales, técnicos, metodológicos y territoriales que oriente la construcción participativa de un marco de acción para el fortalecimiento de redes de cuidado para el envejecimiento. No solo a la comprensión del cuidado en el envejecimiento.

Comentado [LP9]: Como el ejercicio no ha finalizado, no se debe escribir en pasado.

interactúan, se reconocen y colaboran para llevar a cabo acciones de interés público. Por tanto, incluye la construcción cotidiana de ejercicio de poder sobre la base de interacciones horizontales -como lo reconoce la SDS- y corresponsables.

La gobernanza, entendida como el conjunto de procesos, relaciones y mecanismos mediante los cuales actores públicos, privados y comunitarios interactúan para la toma de decisiones y la gestión de lo público, resulta un enfoque clave para analizar la configuración de las redes de cuidado en el territorio. A diferencia de los enfoques tradicionales centrados en la acción estatal, la gobernanza reconoce la existencia de múltiples centros de decisión y la necesidad de coordinación entre actores con distintos niveles de poder e influencia. En el contexto del envejecimiento, la gobernanza del cuidado implica comprender cómo se articulan las capacidades institucionales, las redes comunitarias y las relaciones familiares, así como las tensiones y vacíos que emergen en dicha interacción.

El concepto de **envejecimiento**, particularmente desde lo normativo y técnico, se comprende como un proceso progresivo, continuo y multidimensional que inicia desde la gestación y se desarrolla a lo largo del curso vital. De esta manera, se destaca que no se limita a un estado específico y autocontenido, sino que es el resultado de un proceso que involucra transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, que, aunque heterogéneas se ven condicionadas por factores individuales, sociales y territoriales (3) (4) (5).

En este marco, el envejecimiento no solo implica cambios asociados al deterioro, sino también procesos de transformación y adaptación de las capacidades funcionales de las personas en interacción con su entorno, lo cual permite comprenderlo como un proceso dinámico a lo largo del curso de vida (6)

Comentado [SVR10]: ¿?

Sin embargo, esta visión exclusivamente biomédica, pone de presente la necesidad de una mirada más integral sobre este concepto en relación con las condiciones de vida, acceso a servicios y las dinámicas sociales del contexto. Por lo cual, desde la literatura académica y/o estudios investigativos más recientes, el envejecimiento se entiende como un fenómeno complejo y dinámico, dado que es fuertemente influido por determinantes sociales, económicos y culturales (7), que permiten darle a su vez un carácter diferenciado, pues no todas las personas según estos envejecen de la misma manera. Desde una perspectiva mucho más crítica, se plantea que este concepto no debe asociarse única y exclusivamente con el deterioro o dependencia, lo cual permite plantear enfoques como los de envejecimiento activo, saludable y/o digno.

En contraste, estas fuentes permiten identificar puntos claves en los cuales todos convergen en que el concepto de **envejecimiento** es un proceso continuo a lo largo de la vida, con un carácter multidimensional y fuertemente influenciado por factores contextuales y estructurales. Y por otro lado, se visibilizan algunas diferencias sobre las cuales algunas fuentes atienden a un enfoque biomédico o de riesgo (5) (8), mientras que las otras amplían el concepto a la revisión de enfoque de derechos, perspectivas sociales y territoriales, y finalmente al reconocimiento de la diversidad del concepto (7); no obstante, todas las fuentes tienen vacíos, pues hay una limitada integración o por lo menos no se evidencia de

manera explícita, su relación con las redes de cuidado, el rol de cuidadores y las dinámicas comunitarias.

Por lo cual y a manera de síntesis, se concluye que el **envejecimiento se entiende**, para efectos del presente análisis, como un **proceso continuo, dinámico y multidimensional que se desarrolla a lo largo del curso de vida de acuerdo con características transformadoras tales como las biológicas, psicológicas y sociales condicionadas por factores individuales, estructurales y territoriales que recaen finalmente en las formas de vivir, cuidar y ser cuidado.**

Comentado [LG11]: Revisar orientación conceptual de OMS-OPS para incluir en este documento

En coherencia, **la vejez** es definida de manera consistente como el último momento del curso de vida, el cual se da a través de una construcción social y biográfica atravesada por las experiencias, identidades de género y trayectorias de vida (3), marcada por la incidencia de DSS, enfatizando que este momento vital implica transformaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales asociadas a la disminución progresiva de capacidades funcionales (9)(5). A su vez, el Sistema Nacional de Cuidado y el Anexo Técnico del sistema Sociosanitario señalan que, una persona mayor es aquella de 60 años o más, aunque admite excepciones desde los 55 años en condiciones de desgaste (10) (4).

Desde una perspectiva académica, la **vejez** es comprendida de manera más estructural y relacional, en la cual, por ejemplo, la vejez no debe entenderse como una etapa aislada, sino como el resultado de desigualdades acumuladas a lo largo del curso de vida que requieren intervenciones anticipadas. Se puede evidenciar que las fuentes institucionales tienden a construir una definición de la vejez orientada a la acción pública, combinando criterios cronológicos, enfoques de derechos y reconocimiento de vulnerabilidades. En contraste, los enfoques académicos definen la vejez como un proceso profundamente atravesado por desigualdades estructurales, relaciones sociales y experiencias subjetivas. La principal tensión radica en que lo institucional prioriza la gestión de la dependencia y la provisión de servicios, mientras que lo académico insiste en comprender y transformar las condiciones estructurales que producen dichas situaciones, particularmente en fenómenos como la soledad y la exclusión social. No obstante, ambas convergen en reconocer que la vejez es heterogénea y dependiente de las trayectorias de vida.

En este sentido, estudios sobre la soledad no deseada en personas mayores profundiza en las dimensiones subjetivas del envejecimiento, señalando que la vejez suele estar acompañada de pérdidas que pueden derivar en soledad, entendida como un estado psicológico asociado a la disminución de redes de apoyo, la reducción de la participación social y la sensación de fracaso vital. Asimismo, se identifican tres crisis fundamentales del envejecimiento: la de identidad, vinculada a la pérdida de autoestima; la de pertenencia, relacionada con la desvinculación de roles y grupos sociales; y la de autonomía, asociada al deterioro funcional (11). A esto se suma que la soledad no deseada evidencia cómo esta problemática se intensifica en la vejez debido a factores estructurales como la pérdida de redes familiares, las barreras de movilidad, la pobreza, la dependencia económica, la sobrecarga o ausencia de redes de cuidado y el edadismo (8).

Teniendo en cuenta estas perspectivas, en síntesis, **la vejez se comprende como una etapa del curso de vida socialmente construida, que emerge de la interacción entre procesos biológicos, trayectorias biográficas y determinantes sociales de la salud, y que se expresa de manera diferenciada según las condiciones materiales, relacionales y territoriales. Esta etapa no se reduce a la pérdida de capacidades, sino que incluye la persistencia de roles sociales, como el cuidado, y debe ser entendida en clave de derechos, bienestar y participación.**

En este marco, es importante señalar que las comprensiones tradicionales del envejecimiento y la vejez han sido atravesadas históricamente por estereotipos, prejuicios y representaciones sociales negativas, que se asocian a etapas exclusivamente de dependencia, deterioro y pérdida de autonomía. Lo cual, ha contribuido a hablar de fenómenos como el *edadismo*, entendido como la presencia de estereotipos, prejuicios y prácticas discriminatorias hacia las personas en función de su edad (12). Esto no solo afecta a las personas mayores, si no que incide de forma directa en la comprensión del envejecimiento, condicionando las prácticas de cuidado, las relaciones sociales y por ende las respuestas institucionales, en consecuencia, es vital reconocer que estos procesos son diversos y dinámicos.

Dicho lo anterior?????, se da lugar al concepto de *cuidado*, se entiende como un eje central de la **atención sanitaria?? (no solamente, revisar)**, que relaciona acciones, prácticas y relaciones orientadas a garantizar el bienestar, la vida y la dignidad de las personas, especialmente **aquellas en situación de dependencia o vulnerabilidad** (13). En este sentido, desde la perspectiva institucional, se destaca que el cuidado implica actividades de atención, apoyo físico, así como de acompañamiento emocional, en distintos espacios - familiar, comunitario, institucional- (4), lo cual ha permitido que el mismo se reconozca como un asunto de política pública fuertemente vinculado a sistemas de cuidado y corresponsabilidad entre las instituciones, comunidad y familia.

Ahora bien, desde el modelo actual en salud, el concepto se define como un componente de servicios que implica entonces la gestión integral del riesgo en salud, por medio de una atención continua a lo largo del curso de vida que orienta la identificación de riesgos, promueve la toma de decisiones informadas y finalmente busca como resultado mejorar los resultados en salud (14), especialmente en contextos de envejecimiento (13).

Desde la literatura académica, el concepto de cuidado adquiere una dimensión más amplia, al ser entendido no solo como un conjunto de acciones, sino como una práctica social, relacional y estructural. En ese sentido, se cuenta con investigaciones que plantean que el cuidado constituye un elemento fundamental para la sostenibilidad de la vida y la reproducción social, en tanto involucra relaciones de interdependencia entre las personas y se encuentra profundamente condicionado por factores sociales, económicos y culturales. Además de reconocerlo históricamente como un trabajo invisibilizado que ha sido asumido de manera desproporcionada por ciertos grupos poblacionales, particularmente las mujeres, lo que evidencia su vínculo con desigualdades estructurales. Desde esta

Comentado [LG12]: Revisar elementos conceptuales sobre cuidado, tipos - categorías de cuidado de Ofelia Tobón

perspectiva, el cuidado no es neutro, sino que está atravesado por relaciones de poder, distribución desigual de responsabilidades y limitaciones en el acceso a recursos (15).

Adicionalmente, se plantea que el cuidado debe entenderse como un proceso dinámico y contextual, que se transforma según las condiciones territoriales, las redes de apoyo disponibles y las trayectorias de vida de las personas, lo que refuerza su carácter multidimensional y su estrecha relación con el bienestar y la calidad de vida (15). De esta manera, las fuentes revisadas orientan el concepto de **cuidado** al bienestar, la dignidad y la autonomía, reconociendo la relación entre distintos actores y sectores que involucran a las personas cuidadoras como a las personas que requieren cuidado. Lo que permite entender finalmente, que el cuidado es un **proceso integral, relacional -actores individuales, familias, comunidad e instituciones- y multidimensional que articula acciones, servicios y prácticas que buscan garantizar el bienestar, la dignidad y la autonomía de las personas a lo largo del curso de vida, desarrollado mediante la interacción entre individuos, familias, comunidades e instituciones, y condicionado por factores sociales, económicos y bajo un contexto territorial específico.**

En complementariedad, se presenta el concepto de las **redes de cuidado**, las cuales se identifican desde diferentes expresiones que amplían la definición como las redes de apoyo, colectivas y comunitarias. Así, estas redes se comprenden como un componente central en la garantía del bienestar de las personas, en los diferentes momentos de curso de vida, en contextos de vulnerabilidad o como apoyos sociales.

En ese sentido, las redes de cuidado se definen como el conjunto de apoyos mediante los cuales una persona mantiene su identidad social y accede a soporte emocional, ayuda material, servicios e información a través de sus relaciones sociales. En este marco, las redes de cuidado son entendidas como una práctica simbólico-cultural que articula relaciones interpersonales y permite sostener o mejorar el bienestar material, físico y emocional de las personas, evitando procesos de deterioro asociados a crisis o conflictos (4).

Desde esta perspectiva, el cuidado no se reduce a la provisión de servicios, sino que se relaciona al individuo con su entorno social, así, en el marco del Sistema Nacional de Cuidado pone a disposición dispositivos institucionales concretos, como las modalidades de Comunidad de Cuidado, el Cuidado Transitorio Día/Noche y los hospedajes sociales, especialmente dirigidos a personas mayores en situación de calle o riesgo. Allí, las redes de cuidado adquieren un carácter programático, al ser concebidas como parte de un sistema articulado de servicios que amplía la cobertura y capacidad de atención en el territorio (10). Estos servicios deben incluir la identificación, recuperación y ampliación de redes de apoyo, especialmente en personas mayores que han atravesado situaciones de abandono o exclusión. En este sentido, las redes no solo cumplen una función asistencial, sino que se vinculan con la reconstrucción de vínculos sociales, la recuperación de la autonomía y la posibilidad de reconfigurar proyectos de vida (13).

La comprensión de las redes de cuidado al incorporar un enfoque territorial y de datos, resalta la necesidad de reconocer tanto redes formales como informales y de integrarlas en sistemas de información interoperables que permitan caracterizar condiciones como la estructura del hogar, los niveles de soledad o el tipo de red disponible. El deterioro de las redes de cuidado no remunerado y su impacto diferenciado en las mujeres, quienes asumen históricamente mayores cargas de cuidado, repercute en su salud física y mental. Asimismo, reconoce que las transformaciones en las estructuras familiares, como el aumento de hogares unipersonales o la movilidad social, demandan nuevas formas de organización del cuidado, con mayor énfasis en lo colectivo, lo comunitario y en la adaptación territorial de las respuestas (7).

En una perspectiva académica, las redes de cuidado deben comprenderse en su dimensión relacional y subjetiva. La soledad está estrechamente vinculada a la calidad y cantidad de las relaciones sociales, lo que subraya la importancia de las redes de apoyo y de la participación social en la integración de las personas mayores. Este enfoque resalta que las redes de cuidado no solo cumplen funciones prácticas, sino que son determinantes en la experiencia de bienestar, pertenencia y sentido en la vejez, lo cual es fundamental al proporcionar conexión emocional y contribuir al bienestar económico y físico (11).

Se puede evidenciar que institucionalmente, las redes de cuidado tienden a comprenderse como sistemas organizados, servicios y dispositivos de intervención, con énfasis en la cobertura, la articulación intersectorial y la atención a la dependencia. En cambio, los enfoques académicos enfatizan la dimensión relacional de las redes, destacando su papel en la integración social, la prevención de la soledad y la construcción de bienestar subjetivo. Sin embargo, ambas perspectivas convergen en reconocer que las redes de cuidado son fundamentales para la sostenibilidad de la vida en todos los momentos de vida, especialmente en la vejez y que su fortalecimiento es clave para enfrentar situaciones de vulnerabilidad.

A partir de esta articulación, las **redes de cuidado son entramados dinámicos de relaciones formales e informales que relacionan actores familiares, comunitarios, sociales e institucionales para sostener la vida, el bienestar y la autonomía de las personas mayores. Estas redes no sólo proveen servicios o apoyos materiales, sino que también configuran espacios de pertenencia, reconocimiento y participación social, siendo determinantes en la prevención de la soledad, la mitigación de la vulnerabilidad y la construcción de trayectorias de envejecimiento dignas.**

En complementariedad, se debe mencionar el papel que desempeñan las *personas cuidadoras* definidas como aquellas que realizan trabajos de cuidado directo o indirecto, remunerado o no remunerados de acuerdo al contexto en el que habitan (10). Esto, reconoce entonces la diversidad de roles y actores que ejercen el cuidado, sobre los cuales se incluye a las personas cuidadoras de personas con discapacidad o con bajos niveles de autonomía; cuidadores del hogar no remunerados; madres y padres comunitarios; personal de salud; docentes y cuidadoras comunitarias, etc., reconocidos por la Política Nacional del Cuidado bajo dos grupos personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas. Este último

Comentado [LP13]: No se debería orientar el concepto de redes de cuidado únicamente para personas mayores, pues estamos hablando de envejecimiento, como proceso a lo largo del curso de vida.

grupo en Colombia se señala como la mayoría y evidencia cargas desproporcionadas especialmente en mujeres.

Sin embargo, se amplía la noción institucional reconociendo a su vez que estas personas son actores clave en los procesos sociosanitarios que requieren acompañamiento, asesoría y fortalecimiento de capacidades, particularmente en el cuidado de personas mayores con el fin de promover su autonomía y bienestar (4). Sin embargo, es clave señalar que las personas mayores no son únicas receptoras del cuidado, pues muchas veces también asumen un rol activo como cuidadoras, concluyendo entonces que existe una bidireccionalidad del cuidado (8).

Las *personas cuidadoras*, finalmente, se conciben como **personas que realizan actividades de cuidado directo e indirecto, remunerado o no, en ámbitos familiares, comunitarios e institucionales, orientadas a garantizar el bienestar, la dignidad y la autonomía de otras personas y cuyo ejercicio está condicionado por factores sociales, económicos y territoriales que implican relaciones de corresponsabilidad en el sostenimiento de este.**

Ahora, sobre el *cuidado de personas cuidadoras*, se señala desde las fuentes institucionales que esto se reconoce como un conjunto de acciones que tienen como propósito garantizar el bienestar integral de quienes ejercen labores de cuidado, ejemplo de ello, es lo dispuesto en el CONPES 4143 (10) al mencionar las actividades de respiro, las cuales son una respuesta institucional dirigida a esta población y la cual busca, “*brindar condiciones de bienestar y contribuir al cuidado de la salud física, mental, emocional y espiritual de las personas cuidadoras. Incluye actividades relacionadas con la salud, el arte, la cultura, la recreación y el deporte, la orientación o asesoría psicosocial y jurídica, el uso del tiempo propio, entre otras*”. En complementariedad se reconoce la necesidad de desarrollar procesos de apoyo, asesoría y acompañamiento a los cuidadores con el fin de hacer sostenible el sistema de cuidado (4).

El **cuidado de personas cuidadoras** entonces se entiende como el **conjunto de acciones, estrategias y apoyos institucionales, comunitarios y familiares orientados a garantizar el bienestar integral de las mismas, a través del fortalecimiento de sus capacidades, reducción de sobrecargas del cuidado, generación de condiciones que favorezcan su autocuidado y por su puesto aumenten su participación en redes de apoyo.**

Sobre la mención de la participación de cuidadores en redes de apoyo, se da lugar al concepto de *redes de personas cuidadoras*. Aunque las fuentes analizadas no desarrollan explícitamente el concepto, si aportan elementos clave que permiten comprender que hay un proceso de reconocimiento del cuidado, elementos corresponsables, relacionales y multisectoriales como lo plantea el CONPES 4143, sobre el cual la corresponsabilidad social del cuidado converge dada la participación y organización de distintos actores - Estado, comunidad, familias, sector privado, etc.- en dirección a la provisión del cuidado. Los esquemas comunitarios de cuidado compartido, que sugieren rutas de

acompañamiento integral y la necesidad de estructurar formas organizadas de interacción entre personas cuidadoras más allá de la privacidad de su hogar (7).

Estas *redes* terminan por interpretarse como **sistemas de apoyo entre individuos, familias, comunidades e instituciones en pro del cuidado, orientadas a compartir responsabilidades, fortalecer capacidades, garantizar condiciones sostenibles en relación con bienestar de quienes cuidan como de quienes reciben el cuidado.**

Por último y no menos importante, emerge el **enfoque intergeneracional** principalmente como un **principio orientador** (enfoque o principio?) de la acción pública en materia de envejecimiento y cohesión social, así como de cuidado, el cual busca promover la interacción reconocimiento y solidaridad entre las distintas generaciones. En este sentido, la política nacional del cuidado **incorpora este componente transversal?** (enfoque, principio, componente transversal y más abajo perspectiva?) al diseño de estrategias orientadas al bienestar de las personas mayores y sus redes de apoyo. Ejemplo de ello, se plantea entre 2025-2034 por el Ministerio de Igualdad y Equidad adelantar acciones de *“acompañamiento psicosocial dirigidas a personas mayores, sus familias y redes, con el propósito de fortalecer la protección, el cuidado, la transformación de imaginarios sociales y el acercamiento intergeneracional”* (10), así como de encuentros recreativos intergeneracionales junto con el Ministerio del Deporte.

Comentado [IS14]: Ubicar después de envejecimiento

A partir de ello, este concepto puede entenderse como un enfoque que reconoce que las relaciones entre generaciones no son neutrales y que por tanto pueden estar sujetas a dinámicas sociales, roles asignados e imaginarios culturales sobre la edad, por lo cual, busca superar la fragmentación, la soledad y las percepciones que esta provoca por medio de la promoción de relaciones recíprocas, solidarias y de aprendizaje mutuo donde se fortalecen los vínculos entre las personas mayores, las personas cuidadoras y otras generaciones.

En síntesis, el **enfoque se entiende como una perspectiva que promueve la interacción, el reconocimiento y la corresponsabilidad entre distintas generaciones, orientada a fortalecer vínculos sociales, transformar imaginarios sobre la vejez y el cuidado, y consolidar redes de apoyo que favorezcan el bienestar y la sostenibilidad del cuidado** en los territorios. En este sentido, la incorporación del enfoque intergeneracional permite comprender el cuidado y el envejecimiento no como procesos aislados, sino como dinámicas relacionales que se construyen en el territorio, a través de la interacción entre generaciones, configurando así las bases para el fortalecimiento de redes de cuidado sostenibles.

Finalmente, en conjunto, el marco conceptual desarrollado proporciona una base integral para orientar la construcción participativa de un marco de acción que permite comprender el envejecimiento, **la vejez y el cuidado como procesos interrelacionados, atravesados por determinantes sociales, dinámicas territoriales y relaciones de interdependencia**, evidenciando la importancia de identificar estrategias pertinentes para el fortalecimiento de

Comentado [LP15]: La vejez no se encuentra en el título, ni en los objetivos. Los elementos principales son: el envejecimiento y las redes de cuidado.

redes de cuidado en el contexto territorial del estudio, así como de retos que persisten en imaginarios sociales.

2. RECONOCIMIENTO TERRITORIAL

2.1 Contexto político administrativo de la zona de influencia

El CHSJD se localiza en el centro-orienté de Bogotá y comprende un polígono urbano conformado por aproximadamente 69 manzanas, con una extensión cercana a 56,18 hectáreas.???. A su vez, también se reconoce un área de influencia, la cual configura un territorio que reconoce dinámicas funcionales, de accesibilidad y prestación de servicios asociadas al complejo hospitalario, y abarca sectores catastrales pertenecientes a las localidades de Antonio Nariño, San Cristóbal, Santa Fe y Los Mártires, específicamente en los sectores de La Hortúa, Restrepo, Policarpa y Sevilla en Antonio Nariño; Modelo Sur en San Cristóbal; Las Cruces y San Bernardo en Santa Fe; y Eduardo Santos en Los Mártires, lo que configura un territorio estratégico por su localización central y su articulación con ejes urbanos estructurantes de la ciudad (ver Mapa 1).

La delimitación del **área afectada** se establece a partir de la identificación del predio original del Hospital San Juan de Dios, considerando criterios asociados a la propiedad, la preservación de la integridad del conjunto arquitectónico, urbanístico y paisajístico, así como su valor simbólico e histórico dentro del sistema de salud. En este sentido, el polígono incluye el globo de terreno del Hospital San Juan de Dios, el Instituto Materno Infantil, el Instituto Nacional de Cancerología, el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, así como los predios del Ancianato y del Jardín Infantil. De manera complementaria, se incorpora el tramo de la Carrera 10 comprendido entre los dos globos principales de terreno, el cual formaba parte del conjunto original antes de su fragmentación por la construcción de esta vía.

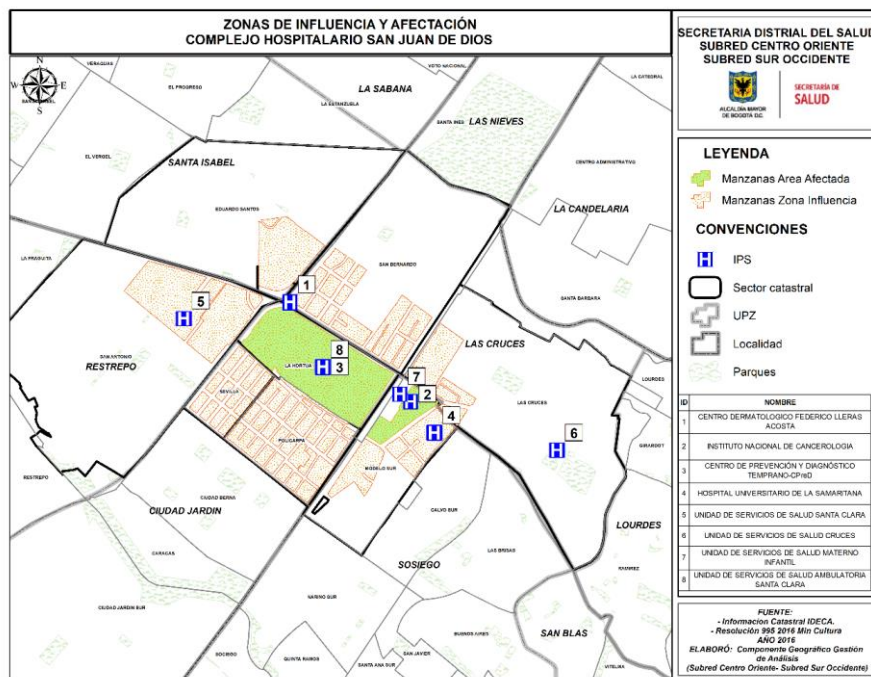
Es así como, en la Resolución 0995 de 2016 (16) se establecen los límites del área **afectada** y de influencia. El **área afectada** se encuentra delimitada por el Norte con la Avenida Calle 1 (Avenida Hortúa); por el Oriente con la Carrera 9, incluyendo el fragmento de la carrera 10 entre la avenida de la Hortúa y la calle 1A sur; por el Sur de acuerdo con el paramento irregular que define la calle 2 sur y la calle 1C sur y los límites de los predios ocupados en la esquina sur occidental; por el Occidente con la Carrera 14 (Avenida Caracas). **Todo ello, conforme el plano de delimitación de área afectada, el cual hace parte integral de la presente resolución. (revisar redacción, considero que lo que está en estas dos líneas en rojo sobra)**

En lo que respecta a la zona de influencia, esta se delimita mediante un trazado poligonal que articula ejes viales principales como la Carrera 10, la Carrera 14 y las Calles 1, 2, 3 y 5 SUR, así como las Carreras 8, 9, 10 y 18A. En esta zona hay una concentración de instituciones prestadoras de servicios de salud, entre las que se encuentran, el Hospital San Juan de Dios, el Instituto Materno Infantil, El Hospital Santa Clara, el Hospital Universitario La Samaritana, el Hospital de la Misericordia, el Instituto Nacional de Cancerología y el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, lo que evidencia la

Comentado [LG16]: Revisemos la conveniencia de usar termino "area afectada" considero que no es adecuado para efectos del trabajo que se esta desarrollando.

En términos de uso del suelo y de acuerdo con el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) de Bogotá (17), la zona de influencia es de uso predominantemente residencial, con 65% de manzanas de tipo habitacional, 13% de uso comercial en corredores urbanos, 4% destinado a actividades de almacenamiento y depósitos, y 3% correspondiente a oficinas y consultorios. Esta configuración refleja un territorio con uso mixto, en el cual convergen funciones residenciales, comerciales y de servicios, lo que podría favorecer la accesibilidad y soporte funcional del CHSJD dentro de la estructura urbana.

Mapa 1. División política-administrativa de la zona de influencia del CHSJD, 2026



Fuente: Elaboración componente geográfico Gestión y análisis Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente, con base en la Resolución 0995 de 2015.

La localización del CHSJD en un nodo estratégico de la red vial urbana favorece su accesibilidad, al estar delimitado por ejes principales como la Carrera 10, la Avenida Caracas, la Avenida Primero de Mayo y la Avenida Hortúa, los cuales cuentan con cobertura del sistema de transporte público, incluyendo Transmilenio y rutas del SITP. Esta conectividad facilita el acceso de la población usuaria y articula el complejo con otros

Comentado [LP17]: Tener en cuenta el comentario de Luz Mery para los títulos y leyendas de: "área afectada"

Comentado [LP18]: Elaboración propia.

servicios de salud del nivel distrital, consolidándolo como un punto relevante dentro de la red de atención en salud.

2.2 Condiciones ecológico – ambientales

Las condiciones ecológicas y ambientales del territorio **constituyen** un componente estructural en la configuración de los procesos de salud-enfermedad, en tanto inciden de manera directa e indirecta sobre las exposiciones, vulnerabilidades y capacidades de adaptación de la población. Desde la perspectiva de la geografía de la salud, el espacio no es un escenario neutro, sino un determinante activo que modula la distribución de riesgos ambientales, como la calidad del aire, el acceso a zonas verdes o la exposición a contaminantes y su interacción con las condiciones sociales (18). En el marco de la política pública de envejecimiento y vejez, (porque se especifica ??) estos factores adquieren especial relevancia, dado que las personas mayores presentan una mayor vulnerabilidad frente a entornos ambientales (ambiente construido, por problemas de infraestructura, igual los niños y niñas::) adversos.

En este contexto, el área de influencia del CHSJD se localiza en un entorno altamente urbanizado, caracterizado por la transformación progresiva del paisaje natural hacia coberturas predominantemente artificiales. Las condiciones ecológico-ambientales del sector responden a la interacción entre una estructura urbana consolidada, la limitada presencia de elementos de la estructura ecológica principal y las dinámicas o presiones derivadas de la alta densidad poblacional y funcional. Si bien, no se identifican corredores ecológicos directos **en el área de afectación**, su proximidad al sistema de los Cerros Orientales incide parcialmente en la calidad ambiental del entorno. No obstante, la disponibilidad de zonas verdes es reducida, concentrándose principalmente en algunos parques de escala vecinal (cuantos? es posible tener el dato, y el concepto vs los que se mencionan más adelante) en sectores como Las Cruces; mientras que, el resto del territorio presenta predominio de parques de bolsillo cuantos? es posible tener el dato, y el concepto, con menor capacidad de regulación ambiental (ver Mapa 2).

En la estructura ecológica urbana, el arbolado constituye un elemento relevante en la regulación micro climática y la calidad del aire. De acuerdo con información de la capa de Infraestructura de Datos Espaciales (IDECA) sobre el arbolado urbano, el área de influencia presenta una concentración significativa de individuos arbóreos, particularmente en el entorno inmediato del complejo hospitalario. Sin embargo, esta condición coexiste con dinámicas que pueden afectar la calidad ambiental, especialmente aquellas asociadas a la disposición inadecuada de residuos sólidos en espacio público, identificada en los análisis de situación de salud de las cuatro localidades en las que influye el CHSJD como un factor de riesgo para la población, con mayor impacto en grupos vulnerables como la primera infancia y las personas mayores.

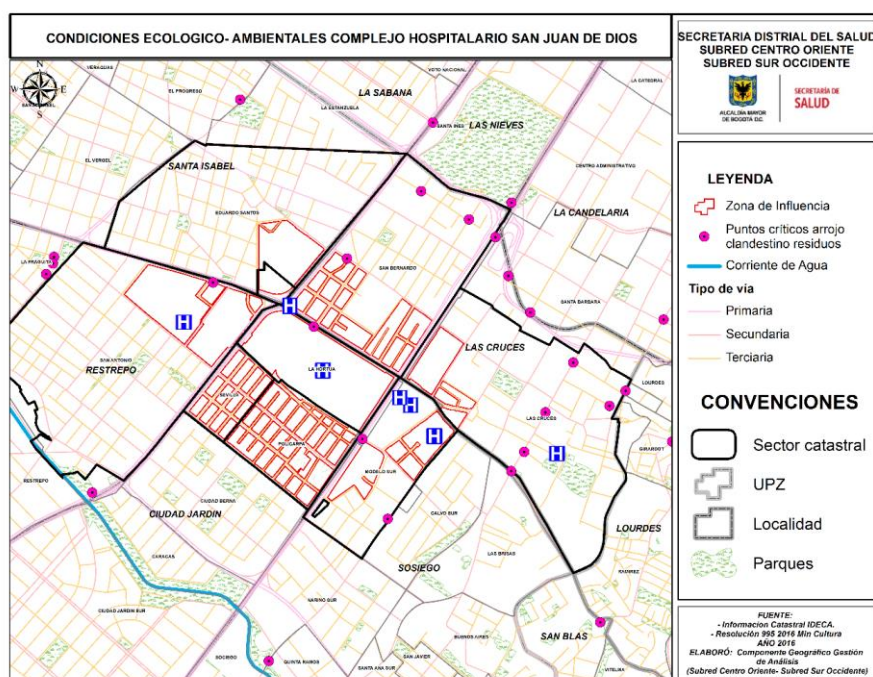
Por otro lado, los niveles de material particulado PM10 reportados indican concentraciones relativamente bajas en el área de estudio, con un promedio de 27,7 (IDECA, 2024). A nivel local, las localidades de Santa Fe, Antonio Nariño, San Cristóbal y Los Mártires se ubican

Comentado [IS19]: No se considera relevante para este documento

Comentado [LG20]: La ecología se refiere a la ciencia que estudia las relaciones entre los organismos y su entorno, mientras que el medio ambiente se refiere a todo lo que rodea a un organismo, incluyendo factores biológicos, físicos y químicos.

entre las de menor emisión de este contaminante en el Distrito. No obstante, esta condición debe ser leída en conjunto con factores territoriales específicos, como la presencia de corredores viales de alto tráfico, entre ellos la Carrera 10, la KR 14 (Avenida Caracas) y la CL 22 SUR (Avenida Primero de Mayo), que generan focos localizados de concentración de contaminantes y pueden incidir en la exposición de la población.

Mapa 2. Condiciones ecológico – ambientales de la zona de influencia del CHSJD, 2026



Fuente: Elaboración componente geográfico Gestión y análisis Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente, datos IDECA

Comentado [LP21]: Elaboración propia.

2.3 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 pobreza multidimensional, estratificación, tasas de desempleo y ocupación, nivel educativo, y condiciones de vivienda, se convierten en determinantes que influyen directamente en el bienestar y la calidad de vida de las comunidades. La interpretación de estos datos resulta

Comentado [IS22]: Explorar si contamos con información de activos institucionales para incluir, así como infraestructura relacionada con cuidado

clave para identificar inequidades, establecer prioridades y orientar las intervenciones hacia una mayor equidad y efectividad en la respuesta a las necesidades locales.

Es importante precisar que, si bien, en la caracterización se hará énfasis a la zona de influencia, en algunos apartados se hará referencia al contexto de las localidades, debido a la disponibilidad de la información, como también, en el marco de reconocer que las características de esta área responden a dinámicas territoriales, demográficas y poblacionales, que superan los límites político-administrativos descritos. A continuación, se aportan datos específicos de acuerdo con cada una de las localidades y zona de influencia de interés.

2.3.1 Estratificación

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 (19). Por lo anterior, para la localidad de **Antonio Nariño**, predominan las viviendas de estrato 3 que abarcan el 85% del territorio y concentran 16.807 predios residenciales, lo que representa el 84,5% de los predios de la localidad. En segundo lugar, se ubica el estrato 2 limitado al sector catastral Policarpa con 373 predios residenciales, equivalentes al 1,9% de la localidad. El estrato 4, por su parte, cuenta con 153 predios ubicados al borde occidental de la localidad (20).

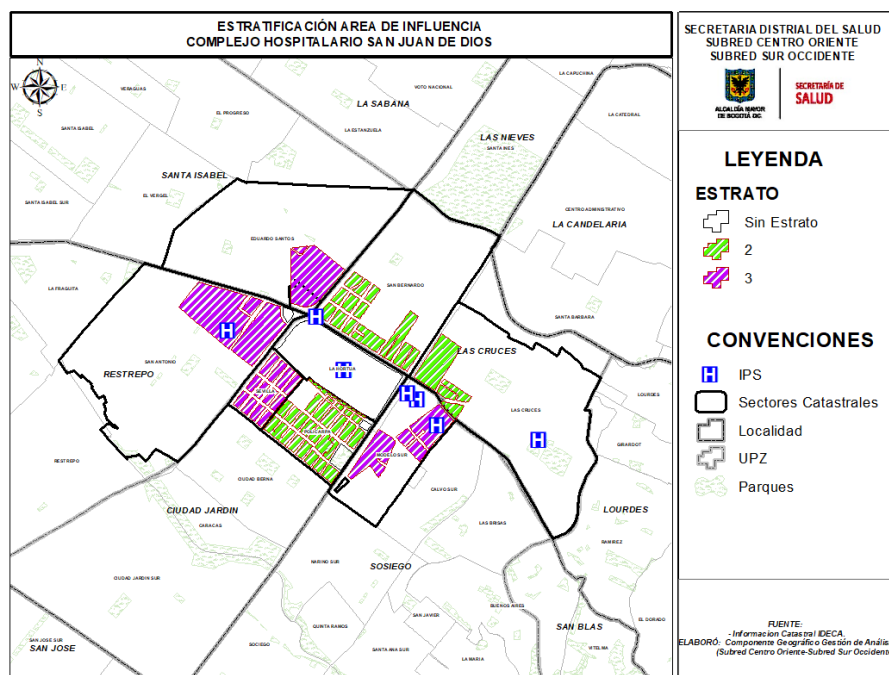
En **Los Mártires** la UPZ Santa Isabel está compuesta exclusivamente por predios de estrato 3; mientras que, en la Sabana coexisten viviendas de estratos 0, 2, 3 y 4. El estrato 3 es el más representativo, con un 64% de participación, concentrando 13.376 predios residenciales, equivalentes al 63,6% del total en la localidad. Le siguen los predios sin estrato, que representan el 22% (n=4.563 predios), y los de estrato 4, con el 10% (n=2.092 predios). De igual manera, Los Mártires alberga el 1,4% de los predios de Bogotá y registró un aumento del 3,2% (n=1.208 predios) respecto a 2023. El uso predominante es residencial (53,6%), con 21.015 predios, seguido por el comercial, que representa el 26,3% (21).

Por su parte, en **San Cristóbal** predomina el estrato 2 con el 78,8% de los predios, seguido por el estrato 3 con 14,4% y el estrato 1 con el 6,7%, existe presencia de ocupaciones ilegales en las zonas orientales de la localidad en las UPZ La Gloria y San Blas. Sin embargo, la UPZ Sosiego se caracteriza por tener la mayoría de sus predios en el estrato 3 lo que corresponde al 72,5% (n=11.314 predios) del total de viviendas y el restante 27.5% (n=4.289 predios) al estrato 2 (22).

Finalmente, **Santa Fe** es una localidad que presenta uno de los contrastes más significativos de la estratificación. El 57% de la localidad corresponde a estrato 2, el 24% a

estrato 3, el 13, 8% a estrato 3, el 4% a estrato 1 y 0,6% a estrato 5. Estos últimos estratos se ubican en las UPZ La Macarena y Sagrado Corazón al norte de la localidad. Mientras que, hacia el sur, en la UPZ Las Cruces el 92,2% (n=7.004) de los predios se encuentran en estrato 2, el 5,1% (n=383 predios) en estrato 3, y el 2,3% al estrato 1 (23).

Mapa 3. Estratificación de la zona de influencia del CHSJD, 2026



Fuente: Elaboración componente geográfico Gestión y análisis Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente, datos IDECA

Ahora bien, al focalizar la zona de influencia, en el Mapa 3 se identifican manzanas con estratificación 2 y 3, lo cual da cuenta de una zona principalmente residencial en la que convergen las cuatro localidades descritas. A su vez, se identifica una importante presencia de centros hospitalarios.

2.3.2 Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)

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. El IPM entonces es una metodología de cálculo de la pobreza multidimensional que tiene en cuenta no sólo los ingresos, sino otras variables que se miden a partir de 5 dimensiones: 1) condiciones educativas del hogar, 2) condiciones de la niñez y juventud, 3) salud, 4) trabajo y 5) acceso a servicios públicos domiciliarios y

condiciones de la vivienda. A continuación, se detallarán las condiciones de vivienda, laborales y educativas que, en parte, se relacionan con el IPM (24), teniendo en cuenta los datos arrojados en la EMB del año 2021.

2.3.2.1 Condiciones de vivienda

En cuanto a las condiciones de vivienda, en **Antonio Nariño** predominan las viviendas de tipo unifamiliar que tienen una participación del 52,89%, con respecto a otro tipo de viviendas como la bifamiliar, que representa el 6,74% de la localidad y la multifamiliar que representa el 40,37%. En esta localidad se encuentran algunos paga-diarios ubicados en ambas UPZ (Ciudad Jardín y Restrepo), con mayor concentración en la parte sur de la primer UPZ mencionada (20).

En **Los Mártires** al igual que en Antonio Nariño, las viviendas unifamiliares son las que sobresalen; sin embargo, desde 2020 la vivienda multifamiliar ha tomado mayor relevancia, alcanzando en 2021 una participación del 50,04%. En contraste, la vivienda bifamiliar representa el 2,83% y la unifamiliar el 47,14%. Los Mártires es la única localidad de Bogotá que ha experimentado un cambio en la predominancia del tipo de vivienda a lo largo de los años (21).

En el caso particular de Los Mártires, como se refirió inicialmente, esta es una de las localidades en la que más personas habitan en paga-diarios, con un equivalente al 14%. Esto implica vivir en condiciones mucho más precarias y con privaciones en aspectos como la afiliación en salud, empleo, falta de ingresos y de subsidios, violencia intrafamiliar, alta dependencia demográfica, menores no escolarizados, entre otros, lo que repercute en altos niveles de pobreza, en hacinamiento y en una mayor vulnerabilidad. En Bogotá, hay más de 14.219 personas en 6.526 paga-diarios, la mayoría de estos se ubican en las localidades Los Mártires, Suba y Santa Fe. Este tipo de vivienda es definida como soluciones habitacionales temporales o viviendas de tipo transicional que usan principalmente personas con bajos niveles de ingresos que no les permiten acceder a viviendas propias (21).

En la UPZ Sosiego, de la localidad de **San Cristóbal** debido a su cercanía con Las Cruces en Santa Fe y Santa Isabel en Los Mártires, también se presentan viviendas de tipo paga-diario. Los principales riesgos para los habitantes de las familias en la UPZ son los relacionados con expendios de drogas, lotes baldíos o sitios oscuros, basureros o botaderos (22).

Finalmente, en **Santa Fe**, tanto en las UPZ Las Cruces como en Las Nieves se concentran la mayor cantidad de paga-diarios. Los principales de proximidad de las viviendas a entornos peligrosos en la UPZ se han identificado expendios de drogas, inseguridad, ruido, y lotes baldíos, zonas oscuras o peligrosas. Los anteriores, están relacionados con problemas estructurales como humedad en techos y pares, goteras en techos, grietas en techos y paredes (23).

Comentado [LG23]: Los compañeros que ejecutan acciones de PS PIC y que hacen caracterización del entorno en las familias que residen en los barrios del área de influencia, tendrán información más específica y actual de condiciones.

Condiciones laborales (como relacionar con cuidado??) el cuidado en el lugar de trabajo, para vivir y envejecer en mejores condiciones como proceso permanente. Sobre las condiciones laborales de la población, en el 2021 **Antonio Nariño** presentó una tasa de desempleo del 9,2%, la cual se encontraba por debajo del promedio de la ciudad que fue de 13,2%. Por otro lado, la tasa de desempleo para personas jóvenes en la localidad fue de 15% y para personas mayores de 50 años fue de 5% (20).

Asimismo, se ubica como una de las localidades con mayor tasa de ocupación en el mercado laboral en la ciudad con un 59,6% para el 2021 -por encima de la tasa de ocupación de Bogotá que fue de 55,3-, aunque en Antonio Nariño se destacó una importante disminución en la población fuera de la fuerza de trabajo con -26,9%. En la localidad, los hombres representaron el 75% de la participación en el mercado laboral, y las personas mayores de 50 años conformaron el 48,1% de los trabajadores. Es relevante destacar que Antonio Nariño, en el 2021, tuvo una tasa de ocupación del 48,9% de la población joven, superando la tasa de Bogotá, que fue del 44%.

Si bien, el aumento porcentual más grande se evidencia en Ciudad Jardín, en la UPZ Restrepo, donde se concentra el grueso de la población de Antonio Nariño se presenta un porcentaje de desempleo cercano al 10%. Es decir, aunque la tasa de ocupación en la localidad presenta una mejoría, esto no se expresa en la disminución de la tasa de desempleo.

En lo que respecta a la localidad Los Mártires, en 2021 presentó una tasa de desempleo del 11,8%, la cual se encontraba por debajo del promedio de la ciudad. Por otro lado, la tasa de desempleo para personas jóvenes en la localidad fue de 17,5% (21).

Adicionalmente, hay una mayor participación en el mercado laboral de los hombres con el 77,6%, aunque, comparativamente con otras localidades, también tiene una alta participación de las mujeres con el 58,2%. Esta localidad presentó las mayores tasas de ocupación con un 58,6%, a su vez, la tasa de ocupación para población joven fue de 48,3%, ambas tasas por encima de los promedios distritales.

San Cristóbal por su parte, presentó una tasa de desempleo de 17,6% en el año 2021, muy por encima de la tasa promedio de la ciudad. La UPZ Sosiego tiene una concentración menor de Unidades de Trabajo Informal, frente a las demás UPZ de la localidad. Entre 2017 y 2021 la UPZ mostró un aumento en la tasa de ocupación de 55,7 a 57,1, así mismo, la tasa de desempleo tuvo un aumento en el mismo periodo de 8,0 en 2017 a 14,0 en 2021. Estos valores se mantienen entre los años y en comparación con las otras UPZ de la localidad. En condiciones laborales, Sosiego tiene valores porcentuales más bajos comparativamente, aunque ello no signifique que las personas de allí tengan una calidad de vida considerablemente superior a los de las demás UPZ (22).

Finalmente, **Santa Fe** presentó una tasa de desempleo de 14,8 en la Encuesta Multipropósito de Bogotá al año 2021, un poco superior al promedio reportado para la ciudad. Lo anterior es coherente frente al dato de tasa de ocupación teniendo en cuenta

que para la UPZ fue de 57,3, lo que representa una de las tasas más bajas de la localidad, lo que puede ampliar las desigualdades socioeconómicas, de precarización laboral y aumento de la informalidad (23).

2.3.2.2 Condiciones educativas

En **Antonio Nariño** se encuentran ubicadas once sedes de colegios públicos de cinco instituciones educativas, con una mayor cobertura en la UPZ Restrepo, en donde hay mayor densidad poblacional. El 98,1% de su población sabe leer y escribir, así mismo, predominan los niveles educativos básica secundaria y media (38%), universitaria completa (18,2%) y básica primaria (13,1%). A nivel UPZ, en Ciudad Jardín sobresale un porcentaje superior de población que finalizó sus estudios universitarios (19,9%), técnicos (12,4%) y tecnológicos (7,1%), mientras que en Restrepo el porcentaje de población que alcanzó la educación media o secundaria (39,5%) es superior respecto a Ciudad Jardín (37,7%) (20).

Los Mártires, tiene ocho colegios distritales, cinco ubicados en la UPZ La Sabana y los otros tres en Santa Isabel. El 98,5% de la población sabe leer y escribir y predominan los niveles educativos básica secundaria con el 46%, universidad completa con el 15% y básica primaria con 14,5%, en un porcentaje un poco menor, se encuentra los estudios técnicos con el 11%. A nivel UPZ se evidencia que, Santa Isabel, pese a que no tiene ninguna oferta de educación técnica o superior con respecto a La Sabana tiene una mayor proporción de personas que han logrado completar sus estudios en educación superior (17,0%) y programas técnicos (13%) (21).

San Cristóbal cuenta con 64 sedes educativas. El 97,3% de la población sabe leer y escribir y en la UPZ Sosiego el 98,8%. En este mismo territorio el 28,6% de la población tiene nivel de educación media, seguido por un 18,3% con estudios universitarios y un 14,3% con técnico (22).

Santa Fe cuenta con 16 colegios oficiales donde 15 son colegios distritales y uno adicional que es contratado con un particular. Esto permite una oferta educativa de 11.661 cupos en los colegios distritales y 1.396 en los segundos. La UPZ Las Cruces en cuenta con 3 colegios que se encargan de la educación oficial. Frente a los niveles educativos, el 34, 6% tiene educación secundaria, seguido del 19,1% básica primaria, el 15,8% que cuenta con básica secundaria. Como se ha señalado en otros apartados, las UPZ Las Cruces y Lourdes tienen indicadores de vulnerabilidad que representan menos oportunidades de mejora en la calidad de vida para la población frente a las demás UPZ de la localidad (23).

Consideraciones finales sobre el IPM 1) condiciones educativas del hogar, 2) condiciones de la niñez y juventud, 3) salud, 4) trabajo y 5) acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda, esto es relevante si se puede relacionar analizar, reflexionar en su influencia sobre el envejecimiento y cuidado.

De acuerdo con lo anterior, se evidencian diferentes condicionantes que inciden en la medición del IPM de cada una de las localidades. En **Antonio Nariño**, para el año 2021, se presentó un incremento del IPM 1,9 % en comparación con el año 2017. Este aumento se

Comentado [IS24]: Indicadores escolaridad/educativo.

Explorar si se cuenta literatura sobre la socioeconómico vs cuidado.

Comentado [LG25]: Como el nivel de escolaridad influyen en el cuidado?
Importancia de Condiciones para el cuidado en instituciones educativas, en los barrios del area de influencia se ubican colegios? cuales?

evidencia tanto en la UPZ Ciudad Jardín, donde el índice alcanzó un 5,3%, como en la UPZ Restrepo, con un 4,2% (20).

El IPM de la localidad **Los Mártires**, que, aunque no es muy alto, si se duplicó del año 2017 al 2021 pasando del 5,3% al 10,4% en la UPZ de La Sabana y en Santa Isabel de 2,8% a 4,8% lo que permite concluir que las dinámicas laborales, los ingresos y la calidad de vida están desmejorando para los y las habitantes de la localidad (21).

La UPZ Sosiego en **San Cristóbal**, concentra una alta presencia de informalidad y población trabajadora vulnerable, solo por debajo de 20 de Julio en concentración de dinámicas laborales precarias. Esto sugiere que Sosiego participa de las condiciones estructurales que explican 6% de IPM en la localidad (22).

En particular, la UPZ Las Cruces de **Santa Fe** aparece como una de las más afectadas por el aumento del IPM, con un incremento aproximado del **2,4%**, junto con Lourdes (que presenta el mayor incremento). Esto indica que Las Cruces se ubica dentro de los territorios con mayor profundización de la vulnerabilidad socioeconómica, evidenciando brechas internas en la localidad (23).

En conjunto, estos datos evidencian que, aunque los niveles del IPM no siempre son los más altos en términos absolutos, sí se observa una tendencia sostenida al deterioro de las condiciones de vida en varias localidades y UPZ analizadas. El incremento del IPM en territorios como Antonio Nariño, Los Mártires, San Cristóbal y Santa Fe da cuenta de procesos de precarización asociados principalmente a dinámicas laborales inestables, ingresos insuficientes y persistencia de condiciones estructurales de vulnerabilidad, que fueron afectados fuertemente tras la pandemia de COVID-19. Asimismo, las diferencias internas entre UPZ reflejan desigualdades territoriales que profundizan la exclusión social, posicionando a sectores como Las Cruces y Sosiego como espacios críticos donde se concentran y reproducen estas problemáticas.

2.4 Contexto poblacional y demográfico

2.4.1 Población y Estructura demográfica

Según las proyecciones poblacionales post-covid de la **SDP** (25), en las UPZ relacionadas con la zona de influencia **impacto** para el 2026 se estima una población total de 191.319 habitantes y su distribución por UPZ es del 27,9% (n=53.099) en Restrepo, 24,8% (n=45.875) en Santa Isabel, 22,9% (n=44.344) en Sosiego, 13,7% (n=26.303) en Ciudad Jardín y 10,6% (n=21.698) en Las Cruces.

Entre estas UPZ, el 53,2% (n=101.720) son mujeres y 46,8% (n=89.599) son hombres. Si bien, el sexo predominante en las UPZ son las mujeres, de manera particular en Las Cruces se identifica que la distribución entre los dos sexos es cercana al 50/50.

Con base en los datos disponibles, se identifica que el 16,4% (n=31.435) son menores de 15 años, 65,7% (n=125.681) se encuentra entre las edades de 15 y 59 años, y 17,9%

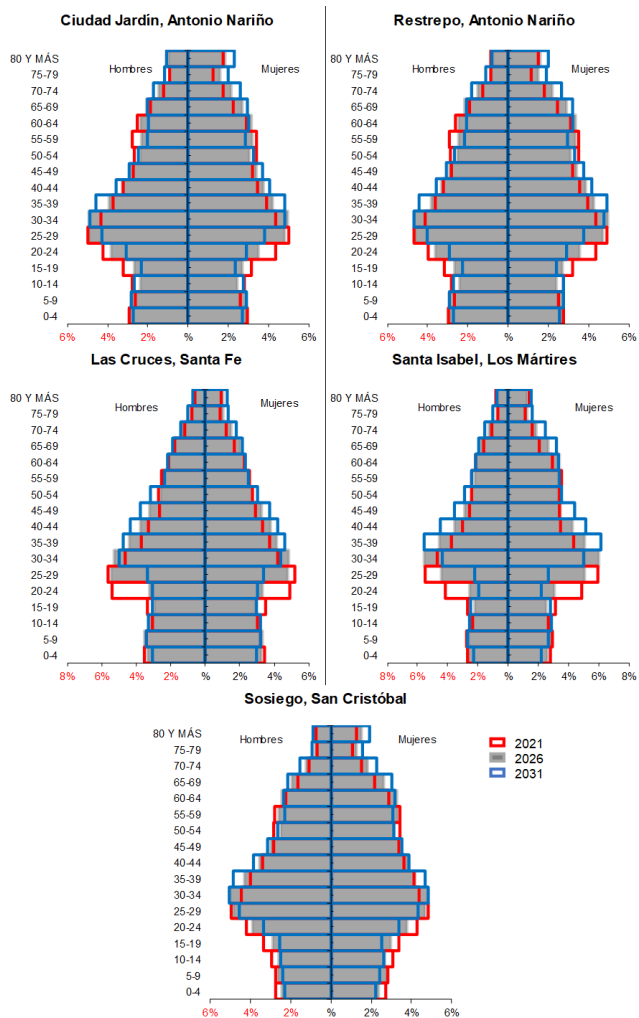
Comentado [IS26]: Este ítem debe ser con el que se inicia este apartado

Comentado [LP27]: Escribir el nombre completo de la sigla

(n=34.207) son mayores de 59 años. Aunque en Las Cruces esta distribución es notablemente diferente respecto a las demás UPZ, dado que el 19,7% son menores de 5 años y 14,6% son mayores de 59 años.

En las pirámides poblacionales de cada UPZ (ver Gráfica 1), se identifica entre el 2021 y 2031 una reducción progresiva de las bases, la cual se sostiene y se acentúa hacia el centro de las pirámides hasta los 29 años en ambos sexos, en contraste, hay un aumento progresivo de la población en adultez y vejez. Estas pirámides representan una estructura propia de poblaciones envejecidas, en tanto, las bases estrechas señalan una baja natalidad y en descenso, mientras que, la población disminuye lentamente hacia la cima con una mayor proporción de población mayor.

Gráfica 1. Pirámides poblacionales por UPZ de la Zona de Influencia del CHSJD, quinquenios 2021-2026-2031



Fuente Datos: Proyecciones y retroproyecciones de población 2005 a 2035 (UPZ) con base censo 2018 - Post COVID-19, Secretaría de Planeación Distrital, disponible en: <https://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/informacion-estadisticas/censo-2018-post-covid-19/proyecciones-de-poblacion>

Comentado [LP28]: Esto va en la referencia

Los indicadores demográficos de la Tabla 1, estiman que existe una tendencia descendente del índice de Friz y la relación hombre:mujer en las UPZ de la zona de influencia del CHSDD. El índice de Friz representa la relación entre la población menor de 20 años con respecto a la población entre los 30 y los 49 años, en estas UPZ se identifica una tendencia progresiva hacia poblaciones envejecidas, con una mayor disminución del índice en Santa Isabel y Sosiego, siendo estas UPZ las que mantienen el indicador más bajo entre el

período comparado. Es importante denotar que para el 2026 Santa Isabel ya se encuentra por debajo del límite en el que se empieza a considerar una población envejecida (<60).

Tabla 1. Indicadores demográficos de interés por UPZ de la Zona de Influencia del CHSJD, quinquenios 2021-2026-2031

Localidad	UPZ	Año			Variación porcentual	Tendencia
		2021	2026	2031		
Relación hombres:mujer						
Antonio Nariño	Ciudad Jardín	91	88	86	-5,6%	
Antonio Nariño	Restrepo	90	87	85	-5,4%	
Santa Fe	Las Cruces	102	101	100	-1,7%	
Los Mártires	Santa Isabel	83	82	81	-2,0%	
San Cristóbal	Sosiego	91	90	90	-1,4%	
Índice de vejez						
Antonio Nariño	Ciudad Jardín	17	19	21	18,8%	
Antonio Nariño	Restrepo	18	19	21	18,6%	
Santa Fe	Las Cruces	13	15	16	19,8%	
Los Mártires	Santa Isabel	16	17	20	26,2%	
San Cristóbal	Sosiego	15	18	20	30,2%	
Índice de envejecimiento						
Antonio Nariño	Ciudad Jardín	105	117	125	19,3%	
Antonio Nariño	Restrepo	107	120	127	19,0%	
Santa Fe	Las Cruces	68	74	84	23,1%	
Los Mártires	Santa Isabel	96	106	128	34,0%	
San Cristóbal	Sosiego	89	115	138	54,4%	
Índice de dependencia mayores						
Antonio Nariño	Ciudad Jardín	17	19	23	37,9%	
Antonio Nariño	Restrepo	17	19	23	38,4%	
Santa Fe	Las Cruces	13	14	17	31,7%	
Los Mártires	Santa Isabel	14	16	20	41,2%	
San Cristóbal	Sosiego	14	17	20	44,5%	
Índice de Friz						
Antonio Nariño	Ciudad Jardín	80	69	64	-20,2%	
Antonio Nariño	Restrepo	79	69	63	-20,2%	
Santa Fe	Las Cruces	93	78	72	-22,5%	
Los Mártires	Santa Isabel	73	59	53	-27,0%	
San Cristóbal	Sosiego	79	67	58	-26,8%	

Fuente Datos: Proyecciones y retroproyecciones de población 2005 a 2035 (UPZ) con base censo 2018 - Post COVID-19, Secretaría de Planeación Distrital, disponible en: <https://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/informacion-estadisticas/censo-2018-post-covid-19/proyecciones-de-poblacion>

En cuanto a la relación hombre:mujer, se pasa de un promedio de 91 hombres por cada 100 mujeres en el 2021 a 88 hombres por cada 100 mujeres en el 2031. De manera particular, la tendencia de disminución de este indicador es mayor en las UPZ de Antonio Nariño.

El índice de vejez promedio de las UPZ en estudio, señala que por cada 100 habitantes se pasa de 16 a 20 personas mayores de 64 años entre el 2021 y 2031; el índice de envejecimiento promedio pasa de 93 a 121 personas mayores de 64 años por cada 100

menores de 15 años y; el índice de dependencia mayores promedio pasa de 15 a 21 personas mayores de 64 años que dependen de 100 personas entre los 15 a 64 años. Si bien, en todas las UPZ se identifica que estos tres indicadores mantienen una tendencia ascendente, destaca el crecimiento notablemente mayor en las UPZ Santa Isabel y Sosiego; a su vez, el índice de dependencia mayor en Ciudad Jardín muestra un crecimiento mucho mayor respecto a Las Cruces.

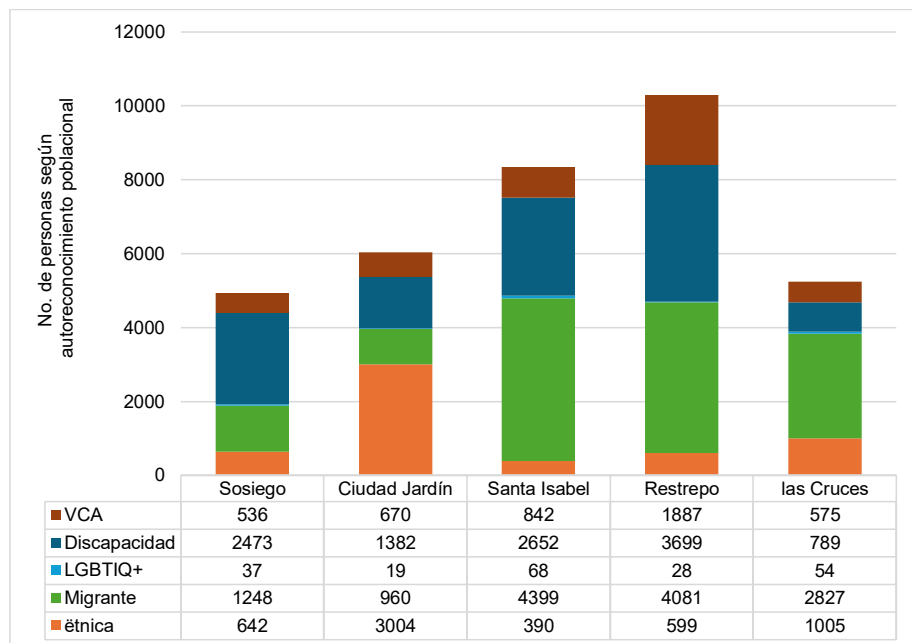
2.4.1.1 Población diferencial

De acuerdo con la EM2021 realizada por el DANE y SDP (26), se encontraron 98.659 personas residentes en las localidades de Santa Fe, San Cristóbal, Los Mártires y Antonio Nariño, que se auto reconocieron como parte de poblaciones diferenciales incluyendo población étnica, personas pertenecientes a organizaciones LGBTQ+, personas nacidas en otro país (migrantes), víctimas del conflicto armado -VCA- y personas con algún tipo de discapacidad, de los cuales el 30,3% (n=29.930) habitan en las UPZ de influencia del CHSJD. Entre estas, la UPZ Restrepo, concentra la mayor proporción de esta población con el 34,4% (n=10.294) seguida por la UPZ Santa Isabel con el 27,9% (n=8.351) y la UPZ Ciudad Jardín con el 20,2% (n=6.35).

Según el tipo de población diferencial, se observa que el 41% (n=12.267) de las personas encuestadas que residen en las UPZ de influencia del complejo hospitalario manifestaron haber nacido en otro país (población migrante), concentrándose el 35,8% (n=4.399) de esta población en la UPZ Santa Isabel. **Por su parte, el 28,5% (n=8.522) de las personas reportó tener algún tipo de discapacidad**, de los cuales el 43,4% (n=3.699) residen en la UPZ Restrepo; Así mismo, el 16,7% (n=4.998) de la población se auto reconoció como perteneciente a un grupo étnico, de estos, el 60,1% (n=3.004) residen en la UPZ Ciudad Jardín (ver Gráfica 2).

Gráfica 2. Distribución de población según población diferencial por UPZ de la Zona de Influencia del CHSJD, 2021

Comentado [IS29]: Actualizar con información última disponible al mayor nivel de desagregación posible, así sea de diferentes fuentes. Revisar asis localidad



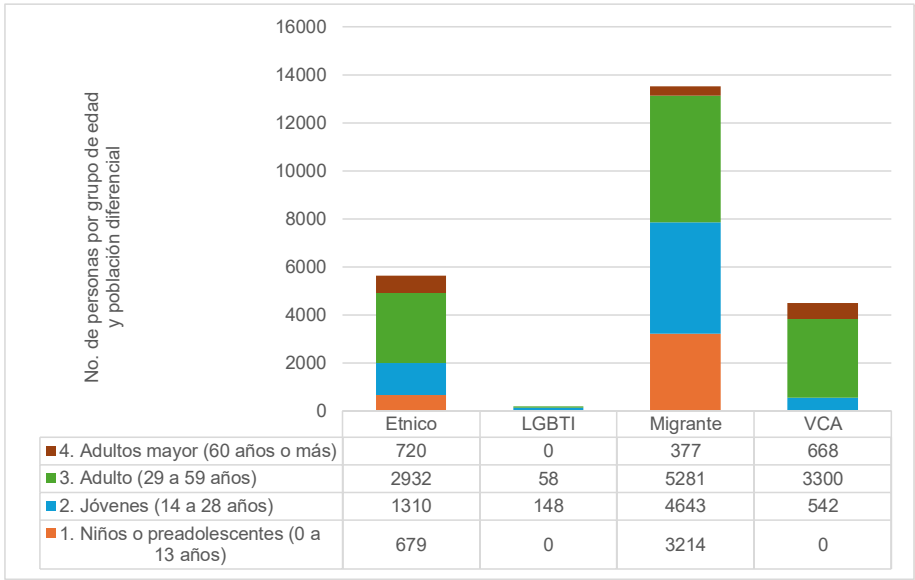
Comentado [LP30]: En la leyenda de eje vertical, sería: No de personas según población diferencial. Mejor ubicar el porcentaje en las barras, y dejar el número en la tabla. En una nota al pie de la gráfica, escribir el significado de la sigla VCA.

Fuente Datos: Tablas de Salidas de Información: Encuesta Multipropósito 2021, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y Secretaría Distrital de Planeación (SDP), disponible en: <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/743>

Según el **momento de curso de vida**, se evidencia que el 48,5% (n=11.570) de las personas se ubica en el grupo de adultos (29 a 59 años). Dentro de este grupo predomina la población migrante que concentra el 45,6% (n=5.281) seguida de las víctimas del conflicto armado con 28,5% (n=3.300) y la población étnica con el 25,3% (n=2.932). Por su parte, el 27,8% (n=6.642) corresponde al grupo de jóvenes (14 a 28 años), en el cual se evidencia una alta concentración de población migrante con el 69,9% (n=4643) seguida del 19,7% (n=1.310) en población étnica.

Así mismo, como se observa en la Gráfica 3, el 16,3% (n=3.894) de los encuestados se encontraban en el grupo de niños o preadolescentes (0 a 13 años) donde la distribución se concentra principalmente en población migrante con el 82,5% (n=3.214) y en menor proporción en población étnica con el 17,4% (n=679). Finalmente, el 7,4% (n=1.765) de la población encuestada se encontraba en el grupo de adultos mayores (60 años o más), predominando la población étnica con el 40,7% (n=720), seguido de las víctimas del conflicto armado con el 37,8% (n=668).

Gráfica 3. Distribución de población según etapa de vida y población diferencial de la Zona de Influencia del CHSJD, 2021



Comentado [LP31]: Igual que el anterior gráfico, mejor ubicar el porcentaje en las barras, y dejar el número en la tabla.

Fuente Datos: Tablas de Salidas de Información: Encuesta Multipropósito 2021, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y Secretaría Distrital de Planeación (SDP), disponible en: <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/743>

Ahora bien, para la caracterización territorial también resulta fundamental incorporar información sobre la población habitante de calle en la zona de influencia del complejo hospitalario. En este sentido, de acuerdo con el documento de caracterización sociodemográfica de proyectos especiales, censo realizado en el año 2017 por el DANE y la SDIS (27), se registraron 9.538 personas censadas por medio de entrevista directa u observación, de los cuales el 37,7% (n=3.600) residían en las localidades de Santa Fe, San Cristóbal, Los Mártires y Antonio Nariño; Dentro de este grupo, la localidad de Los Mártires concentró la mayor proporción de habitantes de calle con el 48,6% (n=1.750) seguido de la localidad de Santa Fe con el 36% (n=1.313) y Antonio Nariño con el 9,3% (n=333).

En relación con la distribución por grupo de edad, se evidencia que el 80% (n=2.906) de la población se concentra en las edades de 28 a 39 años y 40 años y más con el 40,3% (n=1.450) y 40,4% (n=1.456) respectivamente, seguido del grupo de edad de 17 a 27 años con el 18,9% (n=681) y finalmente el 0,4% (n=13) se encontraban entre las edades de 12 a 16 años: De este último grupo, la mayor proporción residía en los Mártires con una representación del 53,8% (n=7) y el 30% (n=4) en Santa Fe.

2.5 Instancias, líneas temáticas, actores y activos sociales e institucionales

Comentado [IS32]: Nombre: identificación de actores, instancias y activos

2.5.1 Instancias, participación social y líneas temáticas

En el marco del reconocimiento territorial, las instancias de participación (entendidas como) se configuran como espacios clave para la gobernanza local, en los cuales existe un acercamiento entre la administración y la ciudadanía con el fin de facilitar los procesos de diálogo, concertación y construcción colectiva sobre las decisiones orientadas a responder a las necesidades del territorio. estas instancias y el envejecimiento y el cuidado?? Si es relevante hacer alusión a todas ellas?

En este sentido, en la Tabla 2 se presentan las diferentes instancias de participación identificadas en las localidades relacionadas con el área de influencia del CHSJD, usando como fuente *****, e Estas instancias abordan una diversidad de temas en torno al mejoramiento de la calidad de vida de la población al organizarse en torno a problemáticas específicas.

Tabla 2. Instancias de participación en las localidades Antonio Nariño, Los Mártires, San Cristóbal y Santa Fe, a 2024

Antonio Nariño	Los Mártires
1. Comisión Ambiental Local	1. Comité Operativo Local de Infancia y adolescencia -COLIA -
2. Comisión Intersectorial de Mujeres	2. Mesa Local de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil Ampliado –PETIA
3. Comisión intersectorial del Sistema Distrital de Cuidado – SIDICU	3. Comité operativo local de Juventud
4. Comité de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS)	4. Comité Operativo Local para el envejecimiento y la vejez - COLEV -
5. Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional	5. Mesa Local LGBTI
6. Comité Local de Defensa, Protección y Promoción de Derechos Humanos	6. Comité Local de Justicia Transicional -CLJT- PPVCA
7. Comité Operativo Local de Juventud	7. Comité Local de Derechos Humanos (Participación de población VCA en este comité)
8. Comité Operativo Local de Mujer y Género (COLMYEG)	8. Consejo Local de Mujer y Equidad de Género – COLMYEG –
9. Comités Operativos Locales de Infancia y Adolescencia	9. Consejo Local de Seguridad para las Mujeres
10. Comité Distrital de Justicia Transicional	10. Mesa local de las manzanas del Cuidado
11. Comité Operativo Distrital para el fenómeno de habitabilidad en calle (CODFHC)	11. Consejo Local de Discapacidad –CLD
12. Comité Operativo Distrital para las Familias – CODFA	12. Consejo Local Indígena Consejo Local de las Comunidades NARP
13. CODA - Comité Operativo Distrital de Adultez	13. Comité Operativo Local para el fenómeno de habitabilidad en calle
14. Consejo Consultivo Local de Política Educativa	14. Comité Operativo Local de Familia –COLFA-.
15. Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes	15. Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático
16. Consejo de Planeación Local	16. Consejo Local de Protección y Bienestar Animal
17. Consejo Local de Arte, Cultura y Patrimonio	17. Comité local de Seguridad Alimentaria y Nutricional
18. Consejo Local de Discapacidad	18. Mesa Local de estupefacientes
19. Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático	19. Consejo Red del Buen Trato
20. Consejo Local de Política Social (CLOPS)	20. Comité Local de Derechos Humanos (Participación de población migrante en este comité)
21. Consejo Local de Propiedad Horizontal	
22. Consejo Local de Sabios y Sabias	
23. Consejo Local de Seguridad para las Mujeres	
24. Consejos Locales de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras	
San Cristóbal	Santa Fe

1. COLIA - Comité Operativo Local de Infancia y Adolescencia.	1. Comisión Ambiental Local
2. Mesa Local de PETIA - Prevención y Erradicación del Trabajo	2. Comisión Intersectorial de Mujeres
3. Infantil Ampliado. Resolución No. 0881 de 27 de mayo de 2020.	3. Comisión intersectorial del Sistema Distrital de
4. Comité Operativo Local de Juventud.	4. Cuidado – SIDICU
5. COLEV - Comité Operativo Local para el Envejecimiento y la Vejez.	5. Comité de Participación Comunitaria en Salud -
6. Consejos de Sabios y Sabias	6. COPACOS
7. Mesa Local LGBTI.	7. Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional
8. Comité Local de Justicia Transicional -CLJT- PPVCA - De acuerdo	8. Comité Local de Defensa, Protección y
9. con el Decreto 421 de 2015. El CLJT estará integrado desde el Sector	9. Promoción de Derechos Humanos
10. Salud, por El/la Gerente del Hospital público de la localidad.	10. Comité Operativo Local de Juventud
11. Comité Local de Derechos Humanos (Participación de población	11. Comité Operativo Local de Mujer y Género -
12. VCA en este comité).	12. COLMYEG
13. Consejo Local de Mujer y Equidad de Género - COLMYEG -	13. Comités Operativos Locales de Infancia y
14. Acuerdo 091 de 2003.	14. Adolescencia
15. Consejo Local de Seguridad para las Mujeres - Acuerdo 526 de 2013.	15. Comité Distrital de Justicia Transicional
16. Mesa Local de las Manzanas del Cuidado.	16. Comité Operativo Distrital para el fenómeno de habitabilidad en calle –CODFHC
17. Consejo Local de Discapacidad -CLD- Acuerdo 505 de 2012.	17. Comité Operativo Distrital para las Familias –
18. Consejo Local Indígena.	18. CODFA
19. Consejo Local de las Comunidades NARP - Decreto 248 de 2015.	19. CODA - Comité Operativo Distrital de
20. Comité Operativo Local para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle	20. Adultez
21. - Resolución 774 de 2022.	21. Consejo Consultivo Local de Política Educativa
22. Comité Operativo Local de Familia –COLFA-.	22. Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes
23. Comisión Ambiental Local –CAL-.	23. Consejo de Planeación Local
24. Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático.	24. Consejo Local de Arte, Cultura y Patrimonio
25. Consejo Local de Protección y Bienestar Animal.	25. Consejo Local de Discapacidad
26. Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional - Decreto 546	26. Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio
27. de 2007.	27. Climático
28. Mesa Local de Estupefacientes - Decreto 210 de 2018. Acuerdo	28. Consejo Local de Política Social –CLOPS
29. 0001/19 Consejo Distrital de Estupefacientes	29. Consejo Local de Propiedad Horizontal
30. Consejo Red del Buen Trato.	30. Consejo Local de Sabios y Sabias
31. Comité Local de Derechos Humanos (Participación de población migrante en este comité) - Decreto 204 de 2023.	31. Consejo Local de Seguridad para las Mujeres
	32. Consejos Locales de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

Fuente: Documentos de Análisis de Situación de Calidad de Vida y Salud Local, Subred Centro Oriente.

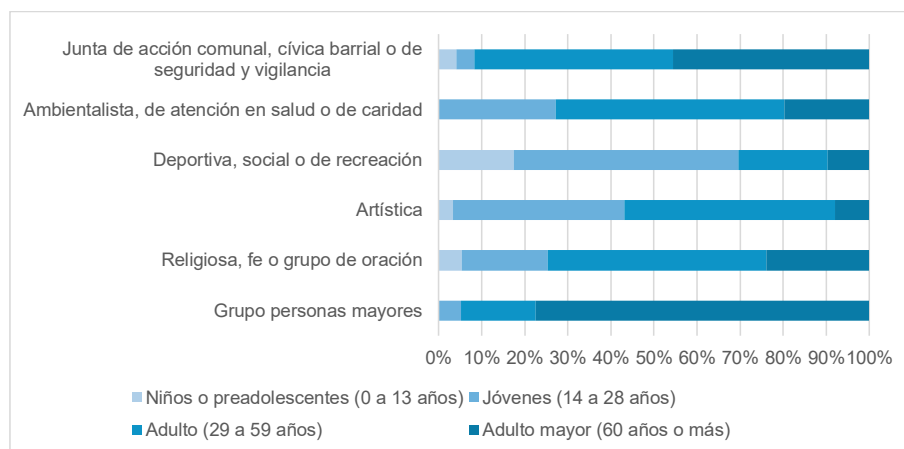
Comentado [IS33]: Año?

Las instancias identificadas en el territorio pueden traducirse no sólo en el reconocimiento, relacionamiento y articulación con otros actores de cuidado del área de influencia sino en acciones para la formulación e implementación efectiva de redes de acción que inciden de manera sostenida en el bienestar de las y los habitantes de las distintas localidades. Igualmente, desde la perspectiva de fortalecer la relación instancias – instituciones esta identificación resulta fundamental para consolidar procesos de gobernanza colaborativa que se traduce en la formulación e implementación efectiva de acciones futuras.

A su vez, es importante reconocer que, según la EMB, en las UPZ relacionadas con el área de influencia había 15.494 personas que pertenecían a organizaciones, lo que representó tan solo el 8,1% sobre el total de su población. De las cuales 231 personas hacían parte de grupos de adultos mayores, 12.431 de organizaciones religiosas, de fe o grupos de oración, 725 de organizaciones artísticas, 1.430 de organizaciones ambientalistas de atención en salud o de caridad, y 408 de juntas de acción comunal, cívica barrial o de seguridad y vigilancia. (de los equipos PS PIC corte a mediados de 2025 no se dispondrá de esta información, ejemplo de anterior entorno comunitario o de vigilancia comunitaria, para tener una información un poco más actual)

De estas personas, el 47,3% (n=7.335) eran adultos entre los 29 a 59 años, el 23,5% (n=3.634) eran jóvenes entre los 14 a 28 años, el 23,1% (n=3.576) eran adultos mayores de 59 años y el 6,1% (n=949) eran menores de 14 años.

Gráfica 4. Distribución porcentual de personas por etapa de vida que pertenece a organizaciones entre las cinco UPZ relacionadas con el área de influencia, año 2021. (no considero que sea pertinente esta información)



Fuente datos: Encuesta Multipropósito cruces según etapa de vida de la persona. DANE y SDP - Encuesta Multipropósito 2021. Cálculos: SDP-Dirección de Estudios Macro. Fecha de cálculo 2022-09-05

El porcentaje de participación de las personas mayores de 59 años de acuerdo con el total de personas mayores en cada UPZ es muy reducido en las organizaciones que no son de tipo religioso. Particularmente, en los grupos para personas mayores en el Sosiego equivale al 1,5%, en Las Cruces el 1,1%, en Ciudad Jardín el 0,5%, en Restrepo el 0,3% y, en contraste, en Santa Isabel es del 0,0%.

Por otro lado, 3.068 personas indicaron ser líderes, promotores o tomadores de decisiones dentro de alguna de las organizaciones, de las cuales el 63,9% (n=1.961) eran adultos entre 29 a 59 años, 19,8% (n=608) adultos mayores de 59 años, 14,9% (n=458) jóvenes entre 14

a 28 años y 1,3% (n=41) menores de 14 años; lo que refleja una reducida participación activa e incidente de la población de interés en dichos espacios con el 19,8% respecto al total de la población que manifestó pertenecer a una de las organizaciones ya referidas. En cuanto a la distribución por UPZ de los adultos mayores, el 53,1% (n=323) se ubicaron en Restrepo, 19,6% (n=119) en Santa Isabel, 14,0% (n=85) en Ciudad Jardín, 11,8% (n=72) en Sosiego y 1,5% (n=9) en Las Cruces.

En coherencia con lo anteriormente desarrollado, identificar las líneas temáticas en la localidad (ver Tabla 3), permite comprender el accionar de las organizaciones sociales en la localidad reflejando no solo la diversidad de las problemáticas?? e intereses de los presentes territorios, si no que evidencian la forma en que se configuran las dinámicas de participación y acción colectiva, que posteriormente orientaran lo relacionado con el cuidado. Lo cual, permite comprender como las relaciones, experiencias, trayectorias y condiciones sociales de los diferentes actores presentes se organizan para responder a necesidades específicas, algunas relacionadas con el bienestar, la inclusión, la garantía de derechos y/o el fortalecimiento de redes de apoyo.

Tabla 3. Líneas temáticas abordadas por las organizaciones sociales de las localidades relacionadas con la zona de influencia del CHSJD, año 2019. (revisemos otras fuentes que sean más actuales)

Línea temática	Antonio Nariño	Los Mártires	San Cristóbal	Santa Fe
Arte y oficio	14,1%	11,9%	15,9%	11,5%
Inclusión	10,6%	19,3%	11,7%	11,8%
Paz y convivencia	11,2%	5,2%	10,4%	10,0%
Emprendimiento y proyectos productivos	11,2%	9,6%	8,9%	9,5%
Diversidad y género	7,6%	4,8%	3,2%	6,3%
Recreación y deporte	7,1%	6,7%	10,4%	6,9%
Víctimas y DDHH	5,9%	7,4%	5,8%	7,5%
Derechos étnicos	5,3%	9,3%	2,8%	8,0%
Niñez y adolescencia	5,3%	6,7%	12,0%	7,0%
Derechos sexuales y reproductivos	4,1%	2,6%	1,5%	3,0%
Otros	4,1%	2,9%	2,1%	2,0%
Prevención consumo SPA	3,5%	3,7%	3,4%	3,0%
Uso de la bicicleta	2,9%	2,2%	1,3%	0,8%
Discapacidad	2,9%	2,6%	2,1%	2,0%
Protección y bienestar animal	1,8%	0,7%	1,3%	0,8%
Protección ambiental	1,8%	2,2%	5,7%	6,2%
Control social	0,6%	2,2%	1,5%	3,7%

Fuente datos: Diagnósticos Integrales de Participación Ciudadana de las localidades Antonio Nariño, Los Mártires, San Cristóbal y Santa Fe, 2019.

Se precisa que, no se pretende agotar la totalidad de dinámicas territoriales, sino ofrecer una aproximación situada que permita comprender tendencias, énfasis temáticos y

oportunidades de articulación en torno al cuidado, el envejecimiento y la vejez que orientan la participación en las localidades del área de influencia del CHSJD.

En la localidad **Antonio Nariño**, las dinámicas de participación ciudadana se estructuran a partir de una diversidad de líneas temáticas que reflejan los intereses y necesidades de las organizaciones sociales presentes en el territorio. Estas temáticas, identificadas en el Diagnóstico Integral de Participación Ciudadana (28), evidencian la coexistencia de agendas poblacionales, sectoriales y comunitarias que configuran el campo de acción de la participación local.

Si bien, en la localidad se abordan los temas de emprendimiento y proyectos productivos, e inclusión social, es importante resaltar que cada vez más se han posicionado temas que tradicionalmente no habían tenido representación y que se han venido fortaleciendo a través de los mecanismos dispuestos por el IDPAC en el territorio. Un ejemplo de ello ha sido el tema de paz y convivencia como una estrategia que pretende transformar las dinámicas sociales y de vida en comunidad de los barrios de la localidad, a través de acciones afirmativas para la recuperación del espacio público, la creación de redes de apoyo y en especial la interacción de las comunidades a través de las diferentes organizaciones sociales y comunitarias

En este contexto, la presencia de líneas relacionadas con curso de vida (como infancia, adolescencia y persona mayor) así como aquellas vinculadas a enfoques diferenciales (género, etnias y derechos humanos), permite reconocer oportunidades para la construcción de redes de cuidado desde una perspectiva integral. No obstante, la ausencia de información consolidada sobre la distribución y peso relativo de estas temáticas limita una lectura más precisa sobre su capacidad de incidencia en el territorio.

Desde la perspectiva del sector salud y en el marco del área de influencia del CHSJD, esta configuración temática sugiere la existencia de actores con potencial de articulación en torno al envejecimiento, la vejez y el cuidado, aunque plantea el reto de profundizar en su caracterización, niveles de organización y vínculos efectivos con las instancias de participación, con el fin de fortalecer procesos de trabajo en red que contribuyan al bienestar de la población.

En la localidad **Los Mártires**, las líneas temáticas de las organizaciones sociales evidencian una estructura diversa y relativamente equilibrada, en la que convergen enfoques sociales, económicos, culturales y de derechos, configurando un escenario propicio para la articulación de acciones en torno al cuidado y el bienestar.

De acuerdo con el Diagnóstico Integral de Participación Ciudadana (29), la temática con mayor representación es la inclusión (19,3 %), seguida por artes y oficios (11,9 %) y emprendimiento y proyectos productivos (9,6 %), lo que sugiere una fuerte orientación hacia procesos de integración social y generación de ingresos. A estas se suman líneas como derechos étnicos (9,3 %), víctimas y derechos humanos (7,4 %), niñez y adolescencia (6,7

%) y recreación y deporte (6,7 %), que reflejan la presencia de enfoques diferenciales y de curso de vida en la organización social del territorio.

Asimismo, se identifican temáticas asociadas a la convivencia, la diversidad y el bienestar, como paz y convivencia (5,2 %), diversidad y género (4,8 %), prevención del consumo de sustancias psicoactivas (3,7 %) y derechos sexuales y reproductivos (2,6 %). En menor proporción, aparecen líneas relacionadas con discapacidad, control social, protección ambiental, uso de la bicicleta y bienestar animal, lo que da cuenta de la amplitud de intereses y causas que movilizan la acción colectiva en la localidad.

Esta configuración temática permite reconocer que, aunque no existe una concentración dominante en temas directamente asociados al envejecimiento o la vejez, sí se presentan múltiples entradas para el abordaje del cuidado desde una perspectiva integral. En particular, las líneas de inclusión, derechos, curso de vida y salud comunitaria constituyen puntos de articulación clave para la construcción de redes de cuidado, en tanto involucran poblaciones y problemáticas estrechamente relacionadas con la dependencia, la autonomía y el bienestar.

Desde el enfoque del sector salud y en el marco del área de influencia del CHSJD, la diversidad temática de Los Mártires representa una oportunidad para promover procesos de articulación intersectorial y comunitaria que integren el cuidado como eje transversal. No obstante, esto implica el reto de fortalecer la conexión entre estas organizaciones y las instancias formales de participación, así como potenciar su capacidad de incidencia en la construcción de respuestas colectivas frente a los desafíos del envejecimiento poblacional.

En la localidad **San Cristóbal**, para el año 2021 se registraban 112 JAC activas, de las cuales la gran mayoría se concentraban en el área urbana, con una presencia marginal en la zona rural. Estas organizaciones, fundamentales en la estructura de participación comunitaria, han estado sujetas a procesos de vigilancia y control, en los que se han identificado diversas problemáticas internas relacionadas con el abuso de poder, la extralimitación o el incumplimiento de funciones, así como debilidades en los procesos electorales (22).

En términos de participación, se evidencia que un porcentaje significativo de organizaciones sociales presenta una baja vinculación en escenarios formales de planeación participativa. En particular, el 17,1 % no participa en ningún espacio, mientras que su presencia en otros mecanismos es limitada: el 15 % interviene en la formulación de políticas públicas, el 14 % en ejercicios de rendición de cuentas, el 8,2 % en veedurías y presupuestos participativos, y solo el 27 % participa en los Encuentros Ciudadanos, espacios clave que se desarrollan cada cuatro años y permiten posicionar problemáticas en la agenda local.

Por otro lado, se identifican 212 organizaciones sociales en la localidad, caracterizadas por una amplia diversidad temática y poblacional. Entre ellas se destacan organizaciones de jóvenes, mujeres, ambientalistas, personas mayores, así como colectivos vinculados a la niñez, grupos étnicos, personas con discapacidad, población LGBTQ+, animalistas y

barras futboleras, entre otros. Esta diversidad da cuenta de la multiplicidad de intereses, necesidades y formas de organización presentes en el territorio, las cuales, a través de su acción colectiva, buscan incidir en la transformación de las condiciones de vida de la población (22).

En este contexto, las líneas temáticas que orientan el accionar de estas organizaciones reflejan no solo la complejidad social del territorio, sino también las oportunidades para fortalecer procesos de articulación y trabajo en red que potencien su impacto en la localidad (30).

Aunque la localidad cuenta con un número significativo de organizaciones sociales, muchas operan con recursos propios y presentan baja articulación con el sistema formal de participación, lo que limita su impacto. Esto se refleja en los niveles de participación comunitaria, donde solo el 6,7 % de la población mayor de 18 años pertenece a alguna organización, evidenciando un débil involucramiento ciudadano y un reto para el fortalecimiento del tejido social y las redes de apoyo. A ello se suma la limitada disponibilidad de información sobre las organizaciones y sus actividades, así como percepciones de baja efectividad, lo que desincentiva la participación. En este contexto, resulta fundamental fortalecer los canales de comunicación y la articulación institucional, como condiciones clave para promover una mayor apropiación social y potenciar los procesos colectivos en el territorio.

Por su lado, la participación ciudadana en la localidad **Santa Fe** también se desarrolla a través de instancias como las JAC, JAL, rendiciones de cuentas y diálogos ciudadanos, las cuales cumplen un papel fundamental en la articulación entre las demandas comunitarias y las políticas públicas distritales, fortaleciendo la gobernanza desde lo local. En este contexto, la localidad cuenta con 35 Juntas de Acción Comunal que respaldan estos procesos organizativos.

Adicionalmente, existen mecanismos de participación en salud, enmarcados en el Decreto 1757 de 1994, orientados a promover la incidencia comunitaria en el mejoramiento de los servicios. En particular, la Subred Centro Oriente dispone de 18 espacios de participación que inciden en la toma de decisiones en salud, entre los cuales se destacan el COPACO y la Asociación de Usuarios en Santa Fe.

Por otra parte, el Diagnóstico Integral de Participación Ciudadana de Santa Fe resalta experiencias organizativas consolidadas, como el COLMYEG, el cual presenta altos niveles de estructuración, evidenciados en la definición de sus dinámicas de funcionamiento, la regularidad de sus encuentros y la implementación de procesos de planeación, seguimiento y evaluación. Este tipo de experiencias pone en evidencia el potencial de las instancias de participación como espacios que no solo canalizan demandas, sino que también contribuyen a la formulación de respuestas concretas y contextualizadas a las problemáticas del territorio, desde enfoques inclusivos y participativos.

Ahora bien, se evidencia multiplicidad en las líneas temáticas que las organizaciones sociales han venido trabajando, liderando temas artísticos y culturales, de emprendimiento y proyectos productivos, sobre los cuales es importante resaltar su representación y fortalecimiento a través de los mecanismos dispuestos por el IDPAC en el territorio. Un ejemplo de ello ha sido el tema de Paz y Convivencia, quienes han fomentado estrategias organizativas en pro de la defensa de hábitos de paz en los territorios, permitiendo a las comunidades generar redes de cooperación y transformación de las dinámicas de convivencia en la localidad (31).

A pesar de la amplia presencia de instancias, organizaciones sociales y espacios de participación en salud, los datos de la EMB evidencian un bajo nivel de participación comunitaria, ya que solo el 10,8 % de la población mayor de 18 años forma parte de alguna organización. Esta limitada vinculación representa un desafío para el fortalecimiento del tejido social y la consolidación de redes de apoyo en el territorio. Entre los factores que inciden en esta situación se encuentran las condiciones socioeconómicas de la población, que restringen la disponibilidad de tiempo y recursos para participar, especialmente en sectores con mayores niveles de pobreza, como las UPZ Lourdes (31,3 %) y Las Cruces (31 %). En cuanto a la participación por sexo, esta es similar entre hombres y mujeres, con una diferencia mínima a favor de los primeros (23).

En este sentido, el análisis de estas líneas temáticas no solo da cuenta de la estructura organizativa a partir de los intereses que motivan la organización y movilización de actores en el territorio. Sino que también permite reconocer potencialidades para la articulación interinstitucional, comunitaria e intergeneracional, como base para la construcción de respuestas integrales y sostenibles orientadas al mejoramiento de la calidad de vida en la localidad.

El proceso de fortalecimiento de redes de cuidado en el área de influencia del CHSJD se sustenta en la interacción de múltiples actores institucionales, comunitarios y sociales que, desde diferentes niveles y roles, contribuyen a la construcción de respuestas frente a los desafíos del envejecimiento, la vejez y el cuidado. La comprensión de estos actores parte de una revisión documental inicial y del conocimiento institucional del sector salud, reconociendo que su configuración es dinámica y puede reconfigurarse en función de las transformaciones territoriales y los intereses de quienes habitan y trabajan en el territorio.

2.5.2 Actores

A continuación, se realiza una identificación inicial de los actores que tienen algún nivel de relación con el CHSJD

Actores en el marco del convenio interadministrativo

Un primer nivel de actores corresponde a las entidades vinculadas al proceso de reapertura y puesta en funcionamiento del CHSJD, en el marco del convenio interadministrativo No. FFDS-CD-0002-2026. Este convenio articula al Fondo Financiero Distrital de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes,

el Ministerio de Educación Nacional, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil y la Gobernación de Cundinamarca, con el apoyo de la Universidad Nacional de Colombia.

Estas entidades cumplen un rol estratégico en la definición de lineamientos, la gestión de recursos y la articulación intersectorial necesaria para la recuperación del complejo hospitalario, configurándose como actores clave en el nivel de gobernanza del proceso. Su participación no solo se limita a la reactivación física y operativa del complejo, sino que también sienta las bases para la consolidación de apuestas como el Centro de Pensamiento e Innovación para el Envejecimiento y la Vejez.

Actores vinculados a la defensa y resignificación del CHSJD

Un segundo grupo de actores está conformado por organizaciones sociales, colectivos y ciudadanía que históricamente han participado en la defensa del CHSJD como patrimonio histórico, cultural y social de la ciudad. De acuerdo con la información suministrada por la Dirección de Participación de la Secretaría Distrital de Salud, estos actores han desempeñado un papel fundamental en la preservación de la memoria del complejo y en la incidencia para su reapertura.

Su acción colectiva ha contribuido a posicionar el CHSJD no solo como un equipamiento en salud, sino como un símbolo de lo público y del derecho a la salud, lo que les otorga un lugar relevante en los procesos de apropiación social y construcción de sentido alrededor del territorio. En este marco, su vinculación resulta clave para fortalecer procesos participativos y de legitimidad social en las acciones que se desarrollen en el área de influencia.

Actores institucionales del sector salud y el Centro de Pensamiento

En un tercer nivel se encuentran los actores institucionales del sector salud que lideran y acompañan la estructuración del Centro de Pensamiento e Innovación para el Envejecimiento y la Vejez. Entre estos se destacan dependencias de la Secretaría Distrital de Salud como el CDEIS, la Dirección de Participación, la Subsecretaría de de Públicas. Estos actores cumplen un rol técnico y operativo en la formulación de la propuesta, la generación de conocimiento y la articulación territorial, constituyéndose en un puente entre el nivel distrital y las dinámicas locales. Su conocimiento del territorio y de los procesos de participación existentes resulta fundamental para orientar metodologías, identificar actores clave y promover la integración de enfoques como el curso de vida, el cuidado y la equidad.

Comentado [IS34]: Revisar y ajustar

Actores sociales y comunitarios vinculados al cuidado

redes de cuidado en el territorio

Finalmente, se reconocen los actores que, desde el territorio, participan directa o indirectamente en las dinámicas de cuidado. Estos incluyen organizaciones sociales, redes comunitarias, colectivos poblacionales, instituciones locales y actores informales que

desarrollan prácticas de cuidado en diferentes escalas y contextos.(estaría pendiente de identificar e incluir en específico en de los barrios del área de influencia....)

Este grupo se caracteriza por su diversidad y por la multiplicidad de formas en que el cuidado se expresa, abarcando desde el acompañamiento comunitario hasta la prestación de servicios, el liderazgo social y la gestión de iniciativas colectivas.(esta expresión de "caracterización" de dónde sale?)

En este sentido, se reconoce la necesidad de profundizar en su identificación y caracterización (esto esta ok, pero contradice lo expresado en el primer párrafo de esta página) a través de herramientas como el mapeo de actores clave, que permita analizar sus niveles de incidencia, articulación y capacidad de aporte al fortalecimiento de redes de cuidado.

De manera particular, este proceso requiere la incorporación de enfoques transversales como el envejecimiento, el género y lo intergeneracional, en tanto el cuidado no se concentra exclusivamente en la vejez, sino que atraviesa distintas etapas del curso de vida y se distribuye de manera desigual entre poblaciones, especialmente en mujeres y jóvenes. Importante identificar si existen manzanas del cuidado en los barrios del area de influencia del CHSJD

Consideraciones finales

La identificación de actores presentada constituye un punto de partida para la comprensión del ecosistema de cuidado en el área de influencia del CHSJD. No obstante, esta lectura debe entenderse como un ejercicio en construcción, susceptible de ser ajustado y enriquecido a partir de procesos participativos y del reconocimiento de las dinámicas territoriales actuales.

En este sentido, el fortalecimiento de redes de cuidado implica no solo articular actores existentes, sino también reconocer, visibilizar y potenciar las relaciones, capacidades y saberes que ya operan en el territorio, avanzando hacia una gestión del cuidado más integrada, colaborativa y sostenible.

3. METODOLOGÍA y TÉCNICAS Y DE ANÁLISIS recolección de informacion de fuente primaria (para: a mapeo de actores b. Reconocimiento de las representaciones sociales de actores clave del área de influencia del CHSJD en torno al envejecimiento, cuidado, redes de cuidado)

A partir de estos dos alcances organizar metodología y técnicas. Planificación La planificación constituye una fase estratégica para el desarrollo de la Acción 2, en la medida en que define las condiciones metodológicas, operativas y analíticas que permitirán la de información pertinente, confiable y situada sobre comprensión del envejecimiento, cuidado y condiciones que posibiliten fortalecer las redes de cuidado en el territorio de influencia del CHSJD.

Comentado [IS36]: Nombre: Métodos y técnicas de recolección y análisis de información

Comentado [IS37R36]: El resumen metodológico debe considerar:
1. Abordaje sobre los conceptos con los actores
2. Identificación de elementos relacionados con las redes. Actuales.
3. Sobre el concepto y sobre lo actual, que hay y que no hay, definir lo que se considera que debe ser con relación redes.

En este sentido, esta actividad no se limita a la organización logística de los encuentros, sino que implica la estructuración rigurosa de un dispositivo participativo orientado a la producción de conocimiento colectivo sobre las dinámicas del cuidado en el marco del envejecimiento, especialmente en el reconocimiento y comprensión de las visiones o nociones sobre el envejecimiento, vejez y cuidado que tienen los diferentes actores (sector salud, otros sectores, comunitarios u otros), las capacidades y oportunidades territoriales y las necesidades y brechas para fortalecer redes de cuidado.

Para ello, en primer lugar, se realizará un **proceso participativo de identificación y caracterización de actores clave con diferentes roles de la SDS y de la Subred CO(no es claro por que así de acotado)** en torno al envejecimiento, la vejez y el cuidado en el área de influencia del CHSJD.

En segundo lugar, se realizarán ejercicios participativos con los actores identificados en el ejercicio anterior, para lo cual se establecerá una definición diferenciada de los objetivos de cada actividad participativa, atendiendo a su función dentro del proceso general. **De esta manera, se contemplan actividades de carácter exploratorio, orientadas a la identificación de actores, prácticas y configuraciones territoriales del cuidado; actividades de carácter analítico, dirigidas a la comprensión de las relaciones, tensiones, vacíos y potencialidades que estructuran dichas redes; y actividades de carácter propositivo, enfocadas en la construcción colectiva de alternativas y orientaciones para el fortalecimiento de las redes de cuidado.** Esta diferenciación permitirá garantizar la coherencia interna del proceso y la progresiva profundización de la información recolectada.

De manera articulada con lo anterior, se diseñarán los contenidos y metodologías específicas de cada actividad, privilegiando enfoques participativos que favorezcan la expresión de saberes situados y la reconstrucción de experiencias de cuidado desde la perspectiva de los actores del territorio. En este marco, **se incorporarán estrategias integradas como cartografías sociales del cuidado que incluya el mapeo de actores y relaciones, y análisis de casos territoriales con talleres de co-diseño de soluciones.** Estas metodologías permitirán no solo identificar los componentes formales e informales de las redes de cuidado, sino también comprender sus dinámicas relacionales, sus condiciones de funcionamiento y los factores que inciden en su fortalecimiento o debilitamiento.

En cuanto a la definición del público participante, se adoptará un criterio de segmentación que permita recoger la diversidad de posiciones y experiencias dentro de las redes de cuidado. **En este sentido, se priorizará la participación de personas mayores** en diferentes condiciones de autonomía, personas cuidadoras (familiares y comunitarias), líderes y líderes sociales, actores comunitarios organizados y equipos institucionales con presencia en el territorio, incluyendo sectores como salud, integración social y otros actores intersectoriales relevantes. Esta diversidad de participantes facilitará una lectura integral de las redes de cuidado, reconociendo su carácter relacional y multiactor.

Comentado [LP38]: no solamente

Paralelamente, se desarrollará una planeación logística detallada que garantice las condiciones adecuadas para la implementación de las actividades, en concordancia con las características de la población participante y las condiciones de uso de la infraestructura del edificio de mantenimiento del CHSJD. Esto incluye la definición de espacios, mobiliario, materiales, equipos y refrigerios, así como la programación de fechas y horarios que favorezcan la asistencia y permanencia de los participantes, particularmente de aquellas personas que cumplen roles de cuidado o presentan limitaciones de movilidad. En este punto, se incorporará un enfoque de cuidado en la organización de las actividades, procurando que las condiciones de participación sean accesibles, dignas y coherentes con el propósito de fortalecimiento de redes de cuidado.

Un componente central de esta actividad será la formulación de un protocolo riguroso de convocatoria, orientado a asegurar la participación efectiva y oportuna de los actores sociales. **Dicho protocolo contemplará la articulación con la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), así como el uso de canales comunitarios e institucionales para la identificación y contacto de participantes.** Asimismo, se incluirán estrategias de confirmación previa, recordatorios y acompañamiento territorial que permitan reducir la inasistencia y fortalecer el vínculo con los actores convocados.

Finalmente, se definirá una estrategia de registro y sistematización de la información producida en las actividades, que permita su posterior análisis e integración en la construcción del marco de acción para el fortalecimiento de redes de cuidado. Esta estrategia combinará herramientas de registro cualitativo, tales como relatorías narrativas y registros audiovisuales (previo consentimiento informado), con matrices analíticas orientadas a la identificación de necesidades, oportunidades, actores clave y dinámicas territoriales. De esta manera, **se garantizará que la información producida no solo sea recolectada, sino también interpretada en clave territorial, intersectorial y desde el enfoque de determinantes sociales de la salud.**

En conjunto, la planificación técnica de los procesos participativos permitirá estructurar un proceso de construcción colectiva que trascienda la consulta puntual y se configure como un ejercicio de producción de conocimiento situado, capaz de orientar de manera pertinente y contextualizada las acciones de fortalecimiento de redes de cuidado en el marco del envejecimiento en el territorio de influencia del CHSJD.

2.6 Implementación de los procesos de construcción participativa

Reconocimiento de las representaciones sociales de actores clave del área de influencia del CHSJD en torno al envejecimiento, cuidado, redes de cuidado)

La implementación de los procesos de construcción participativa constituye la fase operativa de la Acción 2, en la cual se materializan los diseños metodológicos y logísticos previamente definidos, dando lugar a la interacción directa con los actores sociales del territorio de influencia del CHSJD. Esta fase se orienta a generar espacios efectivos de diálogo, reflexión y co-construcción que permitan identificar, desde la experiencia vivida de

los participantes, las dinámicas, necesidades y oportunidades asociadas a las redes de cuidado en el marco del envejecimiento.

El desarrollo de las actividades participativas se llevará a cabo a través de la implementación secuencial y articulada de los distintos dispositivos metodológicos definidos en la fase de planificación. En este sentido, se iniciará con actividades de carácter exploratorio que permitan reconocer los actores relevantes, las prácticas de cuidado existentes y las configuraciones territoriales de las redes, para posteriormente avanzar hacia ejercicios de análisis colectivo, orientados a comprender las relaciones, tensiones, vacíos y potencialidades que atraviesan **dichas redes**. (no es solo de redes...) Finalmente, se desarrollarán espacios de carácter propositivo que faciliten la construcción conjunta de alternativas y orientaciones para su fortalecimiento.

Durante la implementación, se privilegiará la generación de condiciones que favorezcan una participación, situada y significativa de los actores convocados. Esto implica no solo garantizar su presencia, sino propiciar entornos de confianza, reconocimiento y escucha, en los cuales los participantes puedan expresar sus experiencias, saberes y percepciones sin restricciones. En este sentido, los equipos facilitadores asumirán un rol mediador, orientado a dinamizar los espacios, promover la interacción entre actores diversos y asegurar que las voces menos visibles —como las de personas mayores en situación de dependencia o cuidadores/as con alta carga— sean efectivamente incorporadas en el proceso.

Asimismo, se prestará especial atención a la adaptación de las metodologías en función de las características de los grupos participantes y de las dinámicas territoriales en las que se inscriben. Esto supone la posibilidad de ajustar los tiempos, lenguajes y formatos de las actividades, así como la incorporación de estrategias flexibles que permitan responder a contingencias propias del territorio, tales como dificultades de acceso, limitaciones de movilidad o cambios en la disponibilidad de los actores convocados. De esta manera, la implementación se concibe como un proceso dinámico, sensible al contexto y abierto a ajustes que garanticen su pertinencia.

En paralelo al desarrollo de las actividades, se llevará a cabo un proceso continuo de registro de la información producida, mediante la elaboración de relatorías detalladas, registros audiovisuales -previo consentimiento informado- y la recolección de insumos generados por los participantes, tales como, cartografías, diagramas, narrativas, entre otros. Este registro permitirá capturar tanto los contenidos explícitos como las dinámicas relacionales que emergen en los espacios participativos, reconociendo que estas últimas constituyen una fuente clave para la comprensión de las redes de cuidado.

De igual forma, se promoverá la articulación permanente con actores institucionales y comunitarios durante el desarrollo de las actividades, con el fin de fortalecer la intersectorialidad y favorecer la sostenibilidad de los procesos iniciados. Esta articulación permitirá no solo enriquecer la discusión, sino también facilitar la activación de rutas, la

identificación de recursos existentes y la generación de compromisos que trasciendan el espacio puntual de los encuentros.

Finalmente, la implementación de los procesos participativos será objeto de un seguimiento permanente por parte del equipo técnico, con el propósito de identificar avances, dificultades y oportunidades de ajuste en tiempo real. Este seguimiento permitirá retroalimentar el proceso y asegurar que las actividades contribuyan efectivamente a la generación de insumos relevantes para la construcción del marco de acción orientado al fortalecimiento de redes de cuidado en el territorio. (se recomienda hacer más síntesis varios párrafos expresan la misma idea)

2.6.1 Metodología de Implementación

Se propone como metodología para la implementación cinco momentos con la aplicación de dos técnicas para la recolección de la información: presentación e introducción al ejercicio; cartografía social (Técnicas 1); socialización de resultados entre los diferentes actores participantes; análisis de casos territoriales y co-diseño de soluciones (Estrategia 2); socialización de las propuestas. A continuación, se describe el detalle de estos momentos:

Momento 1: Presentación del equipo facilitador y los participantes e introducción del ejercicio

Momento 2: Desarrollo de la técnica 1. Cartografía social recordar que no solo es cuidado es envejecimiento - cuidado) La cartografía social se plantea como una estrategia participativa orientada a reconstruir, desde la experiencia de los actores del territorio, la configuración espacial y relacional de las redes de cuidado en el área de influencia del CHSJD. A través de este ejercicio, se busca identificar no solo la localización de actores, recursos y servicios asociados al cuidado de las personas mayores, sino también las dinámicas, recorridos, vínculos y vacíos que estructuran dichas redes en la vida cotidiana.

La implementación de esta estrategia se desarrollará mediante talleres participativos con grupos diferenciados de actores, incluyendo personas mayores, cuidadores/as, líderes comunitarios y actores institucionales. En estos espacios, se invitará a los participantes a representar gráficamente su territorio, utilizando mapas base o esquemas construidos colectivamente, sobre los cuales se ubicarán elementos clave como lugares de residencia, puntos de atención institucional, redes familiares y comunitarias de apoyo, así como zonas percibidas como críticas en términos de aislamiento, riesgo o ausencia de cuidado.

El ejercicio no se limitará a la ubicación de elementos físicos, sino que incorporará la reconstrucción de las trayectorias del cuidado, es decir, los recorridos que realizan las personas para acceder a apoyos, servicios o redes, así como las barreras que enfrentan en dichos procesos. De igual forma, se promoverá la identificación de relaciones entre actores, reconociendo la intensidad, frecuencia y calidad de los vínculos que configuran las redes

de cuidado, lo que permitirá comprender su funcionamiento más allá de su dimensión espacial.

Durante el desarrollo de los talleres, el equipo facilitador orientará la discusión mediante preguntas guía que permitan profundizar en aspectos como: ¿quién cuida en el territorio?, ¿cómo **se activan** las redes de apoyo?, **¿qué actores son centrales y cuáles están ausentes?**, ¿dónde se concentran las mayores necesidades de cuidado?, y ¿qué rutas se siguen **cuando una persona mayor** requiere atención o acompañamiento? Estas preguntas permitirán enriquecer el ejercicio cartográfico con narrativas y significados asociados al cuidado. estas preguntas debemos revisarnos y en qué medida podrían diferenciarse según actores y grupos, recordar que además vamos a reconocer la comprensión del envejecimiento, cuidado, tipos de cuidado, la manera como se pregunte sobre redes debe ser más sencilla, que dice la literatura sobre condiciones para trabajo en red y fortalecer dicho trabajo, que nos ayude a pensar en las preguntas y que sea sencillo y favorezca la interlocución

En conjunto, la cartografía social del cuidado permitirá visibilizar la identificación de instituciones y redes de cuidado en el territorio, reconociendo los actores que las conforman. Esta estrategia permite comprender el cuidado como un proceso colectivo, sostenido por múltiples actores con diferentes niveles de participación e incidencia.

Momento 3: Socialización de la cartografía del cuidado.

Para este momento se elige una persona representativa de cada uno de los grupos para que exponga de manera general las principales reflexiones en torno al cuidado.

Momento 4: Estrategia 2. Análisis de casos territoriales y co-diseño de soluciones.

El análisis de casos territoriales se propone como una estrategia orientada a comprender, a partir de situaciones concretas del territorio, las dinámicas de funcionamiento, las fallas y las potencialidades de las redes de cuidado en el contexto del envejecimiento. Esta estrategia permite aterrizar la discusión en experiencias reales, facilitando una lectura situada de las respuestas institucionales, comunitarias y familiares frente a situaciones de vulnerabilidad, incluyendo aquellas asociadas al abandono de personas mayores.

La implementación se desarrolla mediante espacios participativos en los que se presentarán casos previamente documentados o contruidos a partir de relatos territoriales, garantizando la confidencialidad de la información. A partir de estos casos, los participantes analizarán colectivamente aspectos como los actores involucrados, las posibles rutas de atención que pueden ser activadas, y generar propuestas para dar algún tipo de resolución frente a los casos que se les brindaron.

La construcción colectiva de alternativas busca trascender la identificación de problemáticas para avanzar hacia la formulación de propuestas concretas, contextualizadas y viables en el territorio. Este no es el alcance, revisemos, los resultados de los que dice la revisión de literatura y la voz de los actores, no debe dar elementos de diferente

indole para dar pistas en como fortalecer las redes de cuidado para el envejecimiento, que debemos tener en cuenta, no alcanzaremos al co diseño de soluciones.

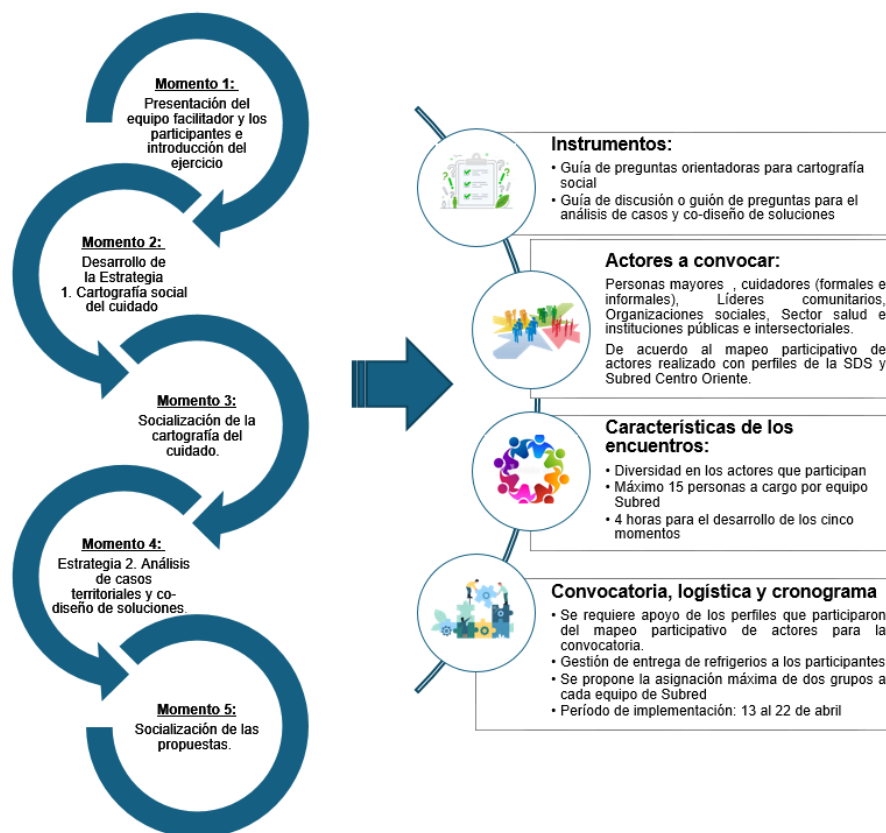
La implementación se desarrollará mediante espacios participativos en los que los actores convocados trabajarán de manera colaborativa en la generación de ideas y propuestas orientadas a mejorar las condiciones del cuidado. A partir de los insumos recogidos previamente, se promoverá la reflexión sobre qué acciones podrían implementarse, qué actores deberían involucrarse y qué recursos serían necesarios para fortalecer las redes existentes.

El proceso de co-diseño incluirá la priorización de problemáticas, la formulación de alternativas de solución y la definición de posibles rutas de implementación, procurando que las propuestas construidas sean coherentes con las capacidades del territorio y con los marcos institucionales existentes.

Momento 5: Socialización de las propuestas.

Los resultados de estos talleres serán sistematizados en propuestas estructuradas que servirán como base para la construcción del marco de acción, garantizando que este se nutra de la participación de los actores del territorio y responda a sus necesidades y expectativas.

Gráfica 5. Elementos clave de la metodología para el desarrollo de los ejercicios participativos



Fuente: Construcción equipo Análisis de las Acciones – Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E., marzo 2026

3.2.2 Estructura del análisis: Dimensiones, categorías y variables de análisis

La estructura de análisis es la que permite orientar el diseño de las preguntas y los instrumentos a aplicar para la recolección de información, que posteriormente servirá para la sistematización, análisis y estructuración de la propuesta. Esta, se compone de tres dimensiones: política, institucional y comunitaria, cada una con sus categorías y variables orientadoras, en la cual se integra de manera transversal el territorio como categoría transversal de análisis de acuerdo con su pertinencia en cada dimensión.

Este análisis se fundamenta en un enfoque de gobernanza territorial, entendido como el conjunto de relaciones, procesos y mecanismos mediante los cuales actores institucionales,

comunitarios e individuales interactúan para la toma de decisiones y la gestión del cuidado en el territorio. Desde esta perspectiva, el interés no se centra únicamente en quiénes son los actores, sino en cómo se relacionan, qué niveles de poder e influencia tienen, y de qué manera se articulan —o fragmentan— las acciones orientadas al cuidado.

Tabla 4. Dimensiones, categorías y variables de análisis para la recolección y análisis de la información.

Dimensión	Categoría	Variables de análisis	Preguntas orientadoras
Política Enfoque: condiciones normativas, priorización y toma de decisiones en torno al cuidado y el envejecimiento.	Reconocimiento del cuidado y del envejecimiento	- Prioridad del envejecimiento en la agenda pública - Reconocimiento del cuidado como asunto público	¿El cuidado de las personas mayores es una prioridad en el territorio? ¿Cómo se reconoce el envejecimiento en las acciones institucionales?
		- Conocimiento de políticas y programas - Pertinencia de los lineamientos	¿Qué políticas o programas sobre envejecimiento y cuidado conoce? ¿Responden estas a las necesidades del territorio?
		- Participación de actores - Inclusión de personas mayores y cuidadores	¿Quiénes participan en la toma de decisiones sobre el cuidado? ¿Las personas mayores y cuidadores son escuchados?
		- Suficiencia de recursos - Equidad en su distribución	¿Considera que existen recursos suficientes para el cuidado? ¿Cómo se distribuyen estos recursos en el territorio?
Institucional Enfoque: capacidades organizacionales, oferta de servicios y articulación intersectorial.	Oferta de servicios de cuidado	- Tipos de servicios - Cobertura y acceso - Pertinencia	¿Qué servicios de cuidado existen en el territorio? ¿Son accesibles y adecuados para las personas mayores ?
	Capacidad institucional	- Talento humano - Capacidad técnica y operativa	¿Las instituciones cuentan con personal y capacidades suficientes? ¿El personal está capacitado en envejecimiento y cuidado?
	coordinación intersectorial	- Coordinación entre sectores - Existencia de redes formales	¿Cómo se articulan las instituciones para atender a las personas mayores ? ¿Existen espacios o redes de coordinación?
	Gestión y operación de redes (revisemos si)	- Rutas de atención - Continuidad del cuidado - Seguimiento	¿Existen rutas claras de atención? ¿Se garantiza el seguimiento y continuidad del cuidado?
Comunitaria Enfoque: dinámicas sociales, redes	Redes de cuidado informales	- Apoyo familiar y comunitario - Roles de cuidado	¿Quién cuida a las personas mayores en la comunidad? ¿Cómo se distribuyen las responsabilidades de cuidado?

informales, prácticas de cuidado y participación.	Prácticas de cuidado	- Formas de cuidado - Carga del cuidado	¿Cómo se cuida a las personas mayores en el hogar o comunidad? ¿Qué dificultades enfrentan los cuidadores?
	Participación social	- Organización comunitaria - Liderazgos - Espacios de participación	¿Existen organizaciones o grupos que trabajen temas de envejecimiento? ¿Qué tan activa es la participación comunitaria?
	Necesidades y barreras	- Problemáticas principales - Barreras de acceso	¿Cuáles son las principales necesidades en el cuidado de personas mayores? ¿Qué barreras dificultan el acceso a servicios o apoyos?
	Activos y oportunidades	- Recursos comunitarios - Iniciativas locales	¿Qué fortalezas o recursos existen en la comunidad para el cuidado? ¿Qué oportunidades ve para fortalecer las redes de cuidado?

Fuente: Construcción equipo Análisis de las Acciones – Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E., marzo 2026

2.7 Sistematización y análisis de la información

En conjunto, esta fase busca consolidar un proceso participativo que no solo recoja información, sino que active dinámicas de reconocimiento, articulación y reflexión colectiva entre los actores del territorio, sentando las bases para la construcción de respuestas más integrales y contextualizadas frente a los desafíos del cuidado en el envejecimiento. (considero que este párrafo sobra)

La sistematización y análisis de la información producida en los procesos participativos tiene como propósito organizar, interpretar e integrar los insumos obtenidos durante la implementación de las actividades, con el fin de orientar la construcción del marco de acción para el fortalecimiento de las redes de cuidado en el territorio de influencia del CHSJD.

Este proceso se basará en la consolidación de los registros generados —relatorías, materiales producidos por los participantes y, cuando aplique, registros audiovisuales—, los cuales serán organizados mediante matrices analíticas que permitan identificar de manera estructurada las necesidades, oportunidades, actores clave y dinámicas territoriales del cuidado. Más allá de una organización descriptiva, el análisis buscará reconocer patrones, tensiones y vacíos en la configuración de las redes, así como los factores que inciden en su fortalecimiento o debilitamiento.

De manera complementaria, la información será interpretada a la luz de un enfoque territorial, intersectorial y de determinantes sociales de la salud, lo que permitirá comprender las redes de cuidado no solo como arreglos funcionales, sino como expresiones de condiciones sociales, económicas e institucionales más amplias. En este sentido, se

prestará especial atención a situaciones de vulnerabilidad, como el aislamiento, la sobrecarga del cuidado y las dinámicas asociadas al abandono de personas mayores.

Finalmente, los resultados de este proceso serán sintetizados en insumos técnicos que orienten la formulación del marco de acción, garantizando que este se sustente en evidencia situada, construida con los actores del territorio y coherente con sus realidades y capacidades.

En conjunto, la Acción 2 se configura como un proceso de construcción colectiva orientado a reconocer, comprender y fortalecer las redes de cuidado desde las dinámicas reales del territorio de influencia del CHSJD. A través de la articulación entre planificación técnica, implementación participativa y análisis sistemático de la información, esta acción trasciende la lógica de consulta para consolidarse como un ejercicio de producción de conocimiento situado, en el que los actores sociales no solo aportan información, sino que participan activamente en la interpretación de sus propias realidades y en la definición de alternativas de acción. De esta manera, se busca que el marco de acción resultante no solo responda a lineamientos institucionales, sino que se fundamente en las experiencias, capacidades y condiciones concretas del territorio, que permita avanzar hacia el fortalecimiento efectivo de las redes de cuidado en el contexto del envejecimiento.

Bibliografía

- [1] G. Espinosa García y M. Fajardo Aristizabal, *Elementos para el análisis de la gobernanza y la gobernabilidad*, 2025.
- [2] L. F. Aguilar Villanueva, 2020. [En línea]. Available: https://www.ine.mx/wp-content/uploads/2021/02/CM25_baja.pdf. [Último acceso: Marzo 2026].
- [3] Ministerio de Salud y Protección Social, *Decreto 681*, 2022.
- [4] Secretaría Distrital de Salud, «Anexo Técnico Sistema Sociosanitario,» Bogotá D.C., 2025.
- [5] M. Benavides y E. Jerez, «Respuesta Intersectorial a la Violencia por Abandono de las Personas Mayores en la Zona Centro Oriente de Bogotá,» Bogotá, 2025.
- [6] Organización Panamericana de la Salud, 2023. [En línea]. Available: <https://iris.paho.org/items/f92ee918-5e7f-42b3-8459-2c4bf5295387>. [Último acceso: Marzo 2026].
- [7] Secretaría Distrital de Salud, *Diagnóstico del Sector Salud - Bogotá Futuro*, 2025.
- [8] Comisión Intersectorial Distrital de los Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar, *Entendimiento Común: envejecimiento y vejez - soledad no deseada*, 2026.
- [9] Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., 2010. [En línea]. Available: https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/28062023-politica_publica_para_el_envejecimiento_y_la_vejez.pdf. [Último acceso: Marzo 2026].
- [10] Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES, 2025. [En línea]. Available: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/4143.pdf>. [Último acceso: Marzo 2026].

- [11] T. Gómez, 2024. [En línea]. Available:
] <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/83567/TFG-%20Casado%20Gomez-%20Cuetara%2C%20Taide.pdf?sequence=1&isAllowed=n>.
[Último acceso: Marzo 2026].
- [12] Organización Mundial de la Salud, 2025. [En línea]. Available:
] <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>.
[Último acceso: Marzo 2026].
- [13] Secretaría Distrital de Integración Social, «Anexo Técnico Convenio Derivado,»
] Bogotá D.C., 2025.
- [14] Secretaría Distrital de Salud, «Modelo de Salud de Bogotá MÁS Bienestar,» Bogotá,
] 2024.
- [15] E. N. Moreno Salamanca, 2017. [En línea]. Available:
] <https://bffrepositorio.unal.edu.co/server/api/core/bitstreams/623b9ae0-cb72-41e7-a869-407259da13bb/content>. [Último acceso: Marzo 2026].
- [16] Ministerio de Cultura, 2016. [En línea]. Available:
] https://normograma.mincultura.gov.co/compilacion/docs/resolucion_mincultura_0995_2016.htm. [Último acceso: Marzo 2026].
- [17] Secretaría de Planeación Distrital, 2021. [En línea]. Available:
] <https://www.sdp.gov.co/micrositios/pot/que-es>. [Último acceso: Marzo 2026].
- [18] I. Luisa y B. Christovam, «Geografía y Salud en América Latina: evolución y
] tendencias,» *Revista Cubana de Salud Públicas*, vol. 29, n° 4, octubre-diciembre
2003.
- [19] DANE, 2026. [En línea]. Available: <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica>. [Último acceso:
] Marzo 2026].
- [20] Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., «Análisis de Situación
] de Calidad de Vida y Salud Local de Antonio Nariño,» Bogotá D.C., 2024.

- [21 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., «Análisis de Situación de Calidad de Vida y Salud Local de Los Mártires,» Bogotá D.C., 2024.
- [22 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., «Análisis de Situación de Calidad de Vida y Salud Local de San Cristóbal,» Bogotá D.C., 2024.
- [23 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., «Análisis de Situación de Calidad de Vida y Salud Local de Santa Fe,» Bogotá D.C., 2024.
- [24 Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2024. [En línea]. Available: <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/PM/bol-PMultidimensional-2024.pdf> . [Último acceso: Marzo 2026].
- [25 Proyecciones con base censo 2018 Post COVID-19, 2025. [En línea]. Available: <https://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/informacion-estadisticas/censo-2018-post-covid-19/proyecciones-de-poblacion>. [Último acceso: Marzo 2026].
- [26 Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2021. [En línea]. Available: <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/743>. [Último acceso: Marzo 2026].
- [27 Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2017. [En línea]. Available: <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/548>. [Último acceso: Marzo 2026].
- [28 Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal, 2019. [En línea]. Available: <https://www.participacionbogota.gov.co/sites/idpac/files/informacion-especifica-por-parte-de-la-entidad/2024-02/diagnosticointegraldeparticipacionantonionarino.pdf>. [Último acceso: Marzo 2026].
- [29 Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal, 2019. [En línea]. Available: <https://www.participacionbogota.gov.co/sites/idpac/files/informacion-especifica-por-parte-de-la-entidad/2024-02/diagnosticointegraldeparticipacionlosmartires.pdf>. [Último acceso: Marzo 2026].
- [30 Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal, 2019. [En línea]. Available: <https://www.participacionbogota.gov.co/sites/idpac/files/informacion-especifica-por-parte-de-la-entidad/2024-02/diagnosticointegraldeparticipacionsancristobal.pdf>. [Último acceso: Marzo 2026].

- [31 Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal, 2019. [En línea]. Available:
] <https://www.participacionbogota.gov.co/sites/idpac/files/informacion-especifica-por-parte-de-la-entidad/2024-02/diagnosticointegraldeparticipacionsantafe.pdf>. [Último acceso: Marzo 2026].