

DOCUMENTO DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CON EL MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD PARA EL DISTRITO CAPITAL



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes
Sociales de Salud para el Distrito Capital

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Dirección de Planeación Sectorial
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Grupo Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad

Bogotá, Colombia 2017

Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luís Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial
Héctor Mario Restrepo

Subsecretaría de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento
Manuel Sáenz Ardila (e)

Director de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva
Luis Alfredo Mendoza Díaz

Directora de Provisión de Servicios de Salud
Consuelo Peña Aponte

Directora de Planeación Sectorial
Adriana Posada Suárez

Director de Urgencias y Emergencias en Salud
Carlos Peña Jaramillo

Director de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud
Jaime Díaz Chabur

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Elizabeth Coy Jiménez

Grupo ACCVSYE
Diane Moyano
Guerly A. López
Miriam Ruiz Dionisio
Nirley Stella Vargas Díaz

Diana Sofia Rios Oliveros
Kimberly Piñeros Chia
Juliana Damelines Pareja
Alejandro Castaño Vásquez
Edizabeth Ramírez Rodríguez
Yady Cristina González Álvarez
María Mireya Martínez Velasco

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Agradecemos la información y colaboración suministrada por los siguientes profesionales tanto de la Secretaría de Salud como de otras entidades:

Grupo Estadísticas Vitales
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
[Nelcy Zambrano Hernández](#)

Referente Discapacidad
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
[Ana Marcela González Barrera](#)

Referente SISVAN.
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública Secretaría
Distrital de Salud de Bogotá
[María Cristina Chacón Zapata](#)

Referente SIVISTRA
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
[Graciela Holguín Hernández](#)

Referente Salud Mental
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
[Henry Alejo Alejo](#)

Unidad Comando en Salud Pública
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
[Leslie Carol Lindarte Ortegón](#)

Dirección de Provisión de servicios
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
[Yaneth Girón](#)

Dirección de Aseguramiento
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
[Sulma Enith Barrera](#)
[Mónica Granados](#)

Dirección de Planeación Sectorial
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
[William Armando Luque](#)

Coordinación Editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
[Ronald Ramírez López](#)

[Diseño y diagramación](#)
[Harol Giovanni León Niampira](#)

[Fotografía portada](#)
www.lasdosorillas.com

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2018
www.saludcapital.gov.co

Contenido

SIGLAS	15
PRESENTACIÓN	16
INTRODUCCIÓN	17
METODOLOGÍA	18
1. Capítulo I. Caracterización de los contextos territorial y demográfico	20
1.1 Contexto territorial	20
1.1.1. Localización y División Política	20
1.1.2. Características físicas del territorio	23
1.1.4. Accesibilidad Geográfica	34
1.1.5. Panorama de Riesgos en Salud Pública	44
1.2 Contexto Demográfico	52
1.2.1. Estructura Demográfica	60
1.2.2. Dinámica Demográfica	66
1.2.3. Movilidad Forzada	70
1.3 Conclusiones	74
2. capítulo II. Abordaje de los efectos de salud y sus determinantes	75
2.1 Análisis de la mortalidad	75
2.1.1. Mortalidad general por grandes causas	75
2.1.2. Mortalidad específica por subgrupo – Tasas ajustadas	85
2.1.3. Mortalidad materno infantil y en la niñez	105
2.1.4. Análisis de desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez	111
2.1.5. Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno – infantil	129
2.1.6. Conclusiones de Mortalidad	132
2.2 Análisis de la Morbilidad	134
2.2.1. Principales causas de morbilidad atendida	134
2.2.2. Morbilidad específica por subgrupo.....	139
2.2.3. Morbilidad de eventos de alto costo.....	141
2.2.4. Morbilidad de los eventos precursores.....	143
2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	143
2.2.6. Análisis de la población con Discapacidad	147
2.2.7. Identificación de principales prioridades en la morbilidad	152
2.2.8. Conclusiones de Morbilidad	155
2.3 Análisis de los determinantes sociales de la salud DSS	158
2.3.1. Determinantes intermedios de la salud	158
2.4 Ambulancias	192
2.5 Apoyo Terapéutico	194
3. Capítulo III. Priorización de los efectos en salud	221
3.1 Reconocimiento de los principales efectos de salud.....	221
3.2 Priorización de los efectos en salud	221
4. Bibliografía	227

Índice de gráficos

Gráfico 1. Principales eventos reportados 2001-2017	33
Gráfico 2. Pirámide poblacional para Bogotá, 2005, 2017 y 2020	60
Gráfico 3. Cambio en la proporción de la población por grupo de edad en Bogotá D. C., 2005, 2010, 2017, y 2020	62
Gráfico 4. Población por sexo y grupos de edad para Bogotá D. C. 2017	62
Gráfico 5. Dinámica demográfica valores absolutos. Bogotá 1998 a 2012	67
Gráfico 6. Esperanza de vida al nacer, por sexo y total, Bogotá, 1885 – 2020	70
Gráfico 7. Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas, Bogotá 2005 – 2015	76
Gráfico 8. Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas en hombres, Bogotá 2005 – 2015	77
Gráfico 9. Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas en mujeres, Bogotá D. C. 2005 – 2015	78
Gráfico 10. Porcentaje de AVPP por grandes causas. Bogotá D. C., 2005 – 2015	81
Gráfico 11. Tasa de años de vida potencialmente perdidos x 100000 habitantes Bogotá D. C., 2005 - 2015	82
Gráfico 12. Tasa y Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos x 100000 hombres. Bogotá D.C., 2005 - 2015	83
Gráfico 13. Tasa y Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos x 100000 mujeres. Bogotá D. C., 2005-2015	84
Gráfico 14. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles. Bogotá D. C. 2005 - 2015	86
Gráfico 15. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por enfermedades transmisibles. Bogotá D. C., 2005 - 2015	87
Gráfico 16. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por enfermedades transmisibles. Bogotá D. C., 2005 – 2015	88
Gráfico 17. Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias. Bogotá D. C., 2005 – 2015	89
Gráfico 18. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por neoplasias. Bogotá D. C., 2005 - 2015	90
Gráfico 19. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por neoplasias. Bogotá D. C., 2005 – 2015 ..	91
Gráfico 20. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. Bogotá D. C., 2005 – 2015	92
Gráfico 21. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por enfermedades del sistema circulatorio. Bogotá D. C., 2005 – 2015	93
Gráfico 22. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por enfermedades del sistema circulatorio. Bogotá D. C., 2005 – 2015	94
Gráfico 23. Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones en el periodo perinatal. Bogotá D. C., 2005 – 2015	95
Gráfico 24. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por ciertas afecciones en el periodo perinatal. Bogotá D. C., 2005 – 2015	96
Gráfico 25. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por ciertas afecciones en el periodo perinatal. Bogotá D. C., 2005 – 2015	97
Gráfico 26. Tasa ajustada de mortalidad por causas externas. Bogotá D. C., 2005 – 2015	98
Gráfico 27. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por causas externas. Bogotá D. C., 2005 – 2015	99
Gráfico 28. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por causas externas. Bogotá D. C., 2005 – 2015	100

Gráfico 29. Tasa ajustada de mortalidad por las demás causas. Bogotá D. C., 2005 – 2015	101
Gráfico 30. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por las demás causas. Bogotá D. C., 2005 – 2015	102
Gráfico 31. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por las demás causas. Bogotá D. C., 2005 – 2015	103
Gráfico 32. Razón de Mortalidad Materna. Bogotá vs Colombia 2005 – 2015	112
Gráfico 33. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad Materna, Periodo 2010 – 2012 vs 2013 - 2015 ..	113
Gráfico 34. Curvas de Concentración de la Desigualdad en Salud en la Mortalidad Materna Según NBI, Bogotá D.C, Periodos 2010 - 2012 y 2013-2015	113
Gráfico 35. Tasa de Mortalidad Neonatal. Bogotá vs Colombia 2005 – 2015	116
Gráfico 36. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad Neonatal, Bogotá D. C., años 2011 vs 2015	116
Gráfico 37. Curvas de Concentración de la Desigualdad en Salud en la Mortalidad Neonatal Según NBI, Bogotá D. C., Años 2011 vs 2015	117
Gráfico 38. Tasa de Mortalidad Infantil. Bogotá vs Colombia 2005 – 2015	119
Gráfico 39. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad Infantil, Bogotá D. C., 2011 vs 2015	120
Gráfico 40. Curvas de Concentración de la Desigualdad en Salud en la Mortalidad Infantil Según NBI, Bogotá D. C., 2011 vs 2015	120
Gráfico 41. Tasa de mortalidad en la niñez. Bogotá vs Colombia 2005 – 2015	121
Gráfico 42. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad Menores de 5 años, Bogotá D. C., 2011 vs 2015	122
Gráfico 43. Curvas de Concentración de la Desigualdad en Salud en la Mortalidad Menores 5 años Según NBI, Bogotá D. C., 2011 vs 2015	122
Gráfico 44. Tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años. Bogotá vs Colombia 2005 – 2015	123
Gráfico 45. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad por EDA en menores de 5 años, Periodos 2010 – 2012 vs 2013 – 2015	124
Gráfico 46. Curvas de Concentración de la Desigualdad en Salud en la Mortalidad por EDA en menores de 5 años, según NBI - Bogotá D. C., Periodos 2010 - 2012 y 2013-2015 ..	124
Gráfico 47. Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años. Bogotá vs Colombia 2005 – 2015	125
Gráfico 48. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad por IRA en menores de 5 años, Periodos 2010 – 2012 vs 2013 – 2015	126
Gráfico 49. Curvas de Concentración de la Desigualdad en Salud en la Mortalidad por IRA en menores de 5 años, según NBI - Bogotá D.C, Periodos 2010 - 2012 y 2013-2015	126
Gráfico 50. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Bogotá vs Colombia 2005 – 2015	127
Gráfico 51. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años, Periodos 2010 – 2012 vs 2013 - 2015	128
Gráfico 52. Curvas de Concentración de la Desigualdad en Salud en la Mortalidad por Desnutri- ción en menores de 5 años, según NBI - Bogotá D. C., Periodos 2010 - 2012 y 2013-2015	128
Gráfico 53. Progresión de la enfermedad renal crónica. Bogotá D. C. 2016	142
Gráfico 54. Casos e Incidencia de Sífilis Congénita. Años 2012 - 2016. Bogotá D. C.	145
Gráfico 55. Comparativo Incidencia Sífilis Congénita según ICV por Terciles Distritales. Años 2012 - 2014	145
Gráfico 56. Curva de Concentración de la Desigualdad en la Incidencia de Sífilis Congénita por ICV	146

Gráfico 57. Pirámide poblacional de población con discapacidad viva, registrada entre 2002-31 de Octubre de 2017. Bogotá D. C., (n=221.278)	148
Gráfico 58. Tendencia de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años notificados al SISVAN- SDS. Bogotá D. C., 2010- 2017*	160
Gráfico 59. Tendencia de la desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años notificados al SISVAN- SDS. Bogotá D. C., 2010- 2017*	161
Gráfico 60. Tendencia del estado nutricional en menores de 5 años captados por el SISVAN, según el indicador peso/talla. Bogotá D. C., 2010- 2017*	161
Gráfico 61. Tendencia de la delgadez, el sobrepeso y la obesidad en Escolares de 5 a 17 años captados por el SISVAN en los colegios centinela, según el indicador Índice de Masa Corporal (IMC). Bogotá D. C., 2010- 2017*	162
Gráfico 62. Tendencia de la Proporción de Bajo Peso al Nacer en Bogotá D. C., 2010-2017*	163
Gráfico 63. Tendencia del Estado Nutricional de Gestantes captadas por el SISVAN según el indicador IMC para la Edad Gestacional. Bogotá D. C., 2009- 2017*	164
Gráfico 64. Distribución de la población abordada según sexo y edad. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2017	168
Gráfico 65. Distribución de la población abordada por análisis de exposición a contaminantes químicos. Bogotá, D. C., abril a octubre de 2017	176
Gráfico 66. Oferta de ambulancias Bogotá D. C., 2010-2016 según naturaleza jurídica	193
Gráfico 67. Distribución de la oferta de apoyo terapéutico Bogotá D. C., 2016 según naturaleza jurídica del prestador	195
Gráfico 68. Distribución de la Población por Condición de Aseguramiento con Corte a diciembre 2015	206
Gráfico 69. Análisis de Variación de la Población Según Régimen de Afiliación al SGSSS	209
Gráfico 70. Coeficiente de Gini. Colombia y Bogotá D. C., periodo 2008 – 2016	217
Gráfico 71. Población económicamente activa. Bogotá D. C., 2010 -2016	219
Gráfico 72. Tasa de desempleo en Bogotá D. C., 2010 - 2016	220
Gráfico 73. Tasa de ocupación. Bogotá D.C., 2010 – 2016	220

Índice de tablas

Tabla 1. Densidad poblacional por localidad (habitantes por Km ²). Bogotá D. C., 2017	22
Tabla 2. Factores de la accesibilidad en Bogotá D. C.	35
Tabla 3. Población por localidad en Bogotá D. C. 2017	52
Tabla 4. Proyección de Población, Hogares y viviendas por localidad en BogotáD. C. 2015	55
Tabla 5. Población por pertenencia étnica según sexo, Bogotá D. C. 2015	57
Tabla 6. Auto reconocimiento étnico Según Sexo en Bogotá D. C. 2015	57
Tabla 7. Proporción de la población por etapa de ciclo vital en Bogotá D. C., 2005, 2010, 2017 y 2020	61
Tabla 8. Índices Demográficos de Bogotá D. C., 2005, 2017 y 2020	63
Tabla 9. Otros indicadores de la dinámica de la población de Bogotá D. C., 2005- 2010, 2010-2015, 2015-2020	67
Tabla 10. Otros indicadores de la dinámica de la población de Bogotá D. C. 2016	68
Tabla 11. Distribución de víctimas por sexo y edad quinquenal, Bogotá D.C. 2015	70
Tabla 12. Familias desplazadas y recibidas en Bogotá. Bogotá D. C. 2015	72
Tabla 13. Número de años de vida potencial perdidos por grandes causas según sexo. Bogotá D. C., 2005 – 2015	79
Tabla 14. Semaforización de la mortalidad PDSP. Bogotá D. C., 2006 - 2015	104
Tabla 15. Tasa de mortalidad en niñas y niños menores de 1 año. Bogotá D. C., 2005 – 2015	105
Tabla 16. Tasa de mortalidad en niños menores de 1 año. Bogotá D. C., 2005 – 2015	106
Tabla 17. Tasa de mortalidad en niñas menores de 1 año. Bogotá D. C., 2005 – 2015	106
Tabla 18. Tasa de mortalidad en niños y niñas de 1 – 4 años. Bogotá D. C., 2005 – 2015	107
Tabla 19. Tasa de mortalidad en niños (hombres) de 1 – 4 años. Bogotá D. C., 2005 – 2015	108
Tabla 20. Tasa de mortalidad en niñas de 1 – 4 años. Bogotá D. C., 2005 – 2015	108
Tabla 21. Mortalidad en niños y niñas menores de 5 años. Bogotá D. C., 2005 – 2015	109
Tabla 22. Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años. Bogotá D. C., 2005 – 2015	110
Tabla 23. Tasa de mortalidad en niñas menores de 5 años. Bogotá D. C. 2005 – 2015	110
Tabla 24. Semaforización de la mortalidad materno infantil. Bogotá vs Colombia 2005 – 2015	111
Tabla 25. Indicadores de Razón de mortalidad materna por etnia. Bogotá D. C., 2009 – 2015	114
Tabla 26. Indicadores de Razón de mortalidad materna por área de residencia. Bogotá D. C., 2009 – 2015	115
Tabla 27. Tasa de mortalidad neonatal por etnia. Bogotá D. C., 2009 – 2015	118
Tabla 28. Indicadores de Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia. Bogotá 2009 – 2015	118
Tabla 29. Priorización de la mortalidad general, específica y materna - infantil. Bogotá D. C., 2015	129
Tabla 30. Principales causas de morbilidad atendida por ciclo vital. Bogotá D. C., 2009 – 2016	135
Tabla 31. Principales causas de morbilidad atendida en hombres por ciclo vital. Bogotá D. C., 2009 – 2016	137
Tabla 32. Principales causas de morbilidad atendida en mujeres por ciclo vital. Bogotá D. C., 2009 – 2016	138
Tabla 33. Morbilidad atendida por condiciones transmisibles y nutricionales. Bogotá D. C., 2009 – 2016	139
Tabla 34. Morbilidad atendida por Condiciones maternas perinatales, Bogotá 2009-2016	140
Tabla 35. Causas de morbilidad de las condiciones no transmisibles. Bogotá D. C., 2009 – 2016	140

Tabla 36. Causas de morbilidad de lesiones. Bogotá 2009 – 2016	141
Tabla 37. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Bogotá D. C., 2006 – 2016	142
Tabla 38. Morbilidad de los eventos precursores. Bogotá 2006 – 2015	143
Tabla 39. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria 2016	144
Tabla 40. Población con discapacidad viva, según localidad de residencia y sexo, Bogotá D.C.; registrada entre 2002-31 de Octubre de 2017. Bogotá D. C., (n= 221.401), Datos preliminares	149
Tabla 41. Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y sexo; Bogotá D. C.; registrada entre 2002-31 de Octubre de 2017. Bogotá D. C. (n= 221.401), datos preliminares	150
Tabla 42. Población con discapacidad, según limitaciones en las actividades de la vida diaria y sexo; Bogotá D.C.; registrada entre 2002-31 de Octubre de 2017. Bogotá D. C. (n= 221.401), datos preliminares	151
Tabla 43. Identificación de las principales prioridades en salud	152
Tabla 44. Comparativo de cobertura de servicios públicos, Bogotá D. C., – Colombia, año 2016	158
Tabla 45. Cobertura de servicios básicos según urbano y rural	159
Tabla 46. Distribución de la población abordada según ocupación y sexo. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2017	166
Tabla 47. Intervenciones realizadas según tipo de evento y de asociación. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2017	170
Tabla 48. Relación de los cinco primeros casos que significaron mayor incapacidad médica por lesión accidental. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2017	172
Tabla 49. Distribución de la población abordada según condición de riesgo identificada. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2017	174
Tabla 50. Distribución de la población abordada según tipo de sustancias químicas presentes en el sitio de trabajo. Bogotá, D. C., abril a octubre de 2017	177
Tabla 51. Indicadores de consumo de alcohol según sexo	179
Tabla 52. Estimaciones e intervalos de confianza (I. de C.) del 95 % para prevalencia último mes de consumo de alcohol según grupos de edad (años)	180
Tabla 53. Edad de inicio del consumo de alcohol según sexo	180
Tabla 54. Prevalencias de consumo de alcohol en escolares – año 2011	181
Tabla 55. Prevalencias de consumo de Marihuana en escolares – año 2011	181
Tabla 56. Prevalencias de consumo de cualquier sustancia ilícita en escolares – año 2011	182
Tabla 57. Indicadores de consumo de tabaco según sexo	183
Tabla 58. Estimaciones e intervalos de confianza (I. de C.) del 95 % para la prevalencia último mes de consumo de tabaco, según grupos de edad (años)	183
Tabla 59. Edad de inicio de consumo de tabaco según sexo	184
Tabla 60. Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual o maltrato infantil captadas a través de subsistema SIVIM, años 2012 – 2016	184
Tabla 61. Distribución de casos de violencia intrafamiliar según tipo de violencia y sexo años 2008-2016*	185
Tabla 62. Distribución de casos de violencia intrafamiliar según clasificación del caso, años 2012-2016*	185

Tabla 63. Condiciones del sistema sanitario. Bogotá D. C. 2016	186
Tabla 64. Once primeras causas de barreras de acceso identificadas por localidad y registradas en el SIPS en el año 2015	187
Tabla 65. Prestadores de servicios de salud de Bogotá D. C., según inscripción al REPS. a diciembre de 2016	188
Tabla 66. Prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C., según naturaleza jurídica. a diciembre de 2016	188
Tabla 67. Servicios de salud de Bogotá D. C., según inscripción de prestadores al REPS, a diciembre de 2016	189
Tabla 68. Capacidad instalada de la oferta de servicios de salud en el D. C., según naturaleza jurídica del prestador a 2016	190
Tabla 69. Distribución de Ambulancias por Naturaleza Jurídica, Bogotá D. C.	192
Tabla 70. Distribución de la capacidad instalada para apoyo terapéutico en Bogotá D. C., según naturaleza jurídica	194
Tabla 71. Especialidades básicas habilitadas en Bogotá D. C., 2016	196
Tabla 72. Especialidades básicas habilitadas por localidad de Bogotá D.C., 2016	197
Tabla 73. Distribución de servicios de salud de Bogotá D.C., según naturaleza jurídica del prestador, a diciembre de 2016	199
Tabla 74. Distribución de las sedes de los prestadores de servicios de salud de Bogotá D. C., por localidad. a diciembre de 2016	200
Tabla 75. Frecuencia absoluta mensual de llamadas que ingresaron al CRUE, entre enero y octubre, años 2015 a 2016	201
Tabla 76. Comparativo de proporción de llamadas de prioridad alta, años 2015 a 2016	202
Tabla 77. Tiempo de respuesta de llamadas de prioridad alta por mes, enero octubre 2016	202
Tabla 78. Número de llamadas y casos con despacho y sin despacho, enero a octubre de 2016	203
Tabla 79. Número de llamadas y casos con prioridad alta, con despacho y sin despacho, enero a octubre de 2016	203
Tabla 80. Proporción de llamadas al CRUE, 2016	203
Tabla 81. Proporción de motivos de llamado al CRUE, 2016	204
Tabla 82. Distribución proporcional de los grupos de motivos de llamado al CRUE, enero a octubre 2016	204
Tabla 83. Distribución de Afiliados al Régimen Subsidiado, por asegurador	207
Tabla 84. Distribución de Afiliados al Régimen Contributivo, por asegurador	208
Tabla 85. Afiliados por régimen año 2015	210
Tabla 86. EPS y Población del Régimen Subsidiado a abril 2016	210
Tabla 87. EPS y población del Régimen Contributivo a mayo de 2015	211
Tabla 88. Tasas de cobertura bruta de educación según categoría Primaria, Secundaria y Media. Bogotá D. C., 2005 – 2015	212
Tabla 89. Incidencia de pobreza e Índice de pobreza multidimensional, según área urbana y rural. Bogotá D. C., 2015	213
Tabla 90. Porcentaje de hogares que sufren privación según variable. Bogotá D. C., 2015	214

Tabla 91. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, total, cabecera y resto, según área de medición. Bogotá D. C., 2011	215
Tabla 92. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, total, cabecera y resto	216
Tabla 93. Coeficiente de Gini. Colombia y Bogotá D. C., periodo 2008 – 2016	217
Tabla 94. Línea de Indigencia. Bogotá D. C., periodo 2008-2012	218
Tabla 95. Tasa de ocupación Bogotá D. C, periodo 2010-2016	218
Tabla 95. Priorización de los efectos en salud, Bogotá D. C., 2016	222

Índice de mapas

Mapa 1. División Política- Administrativa en Bogotá D. C. 2015	21
Mapa 2. Hidrografía de Bogotá D. C. 2017	25
Mapa 3. Plano de Amenaza de Inundación por Desbordamiento	30
Mapa 4. Respuesta Sísmica en Bogotá D. C., 2013	31
Mapa 5. Índice global de accesibilidad por UPZ	37
Mapa 6. Accesibilidad a infraestructura local por UPZ	38
Mapa 7. Ejes viales de Bogotá D. C. 2015	41
Mapa 8. Plano tasa de viajes por persona y transporte público de Bogotá, 2015	43
Mapa 9 Densidad poblacional por localidad (habitantes por Km ²). Bogotá. 2017	54
Mapa 10 Distribución de población, hogares y viviendas por localidad y Unidad de Planificación Zonal (UPZ), Bogotá D. C. 2015	56
Mapa 11. Población por pertenencia étnica, Bogotá 2015	59
Mapa 12. Estimación del Índice de Necesidades en Salud	225

SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos
CAC: Cuenta de Alto Costo
CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DNP: Departamento Nacional de Planeación
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional
ERC: Enfermedad Renal Crónica
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores
HTA: Hipertensión Arterial
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
IDIGER: Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático
INS: Instituto Nacional de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
LI: Límite inferior
LS: Límite superior
MEF: Mujeres en edad fértil
MEN: Ministerio de Educación Nacional
MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
No: Número
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
RAP: Riesgo Atribuible Poblacional
RIAS: Rutas de Atención Integral en Salud
RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
PDT: Planes de Desarrollo Territorial
PTSP: Planes Territoriales de Salud Pública
PIB: Producto Interno Bruto
RUV: Registro Único de Víctimas
SIDMA: Sistema de Información Distrital y de Monitoreo del Acceso.
SIPS: Sistema de Información de Participación Social
SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
SISVAN: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TB: Tuberculosis
TGF: Tasa Global de Fecundidad
UPR: Unidad de Planeamiento Rural
UPZ: Unidad de Planeamiento Zonal

PRESENTACIÓN

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012- 2021, constituye el marco nacional de la política sanitaria y la guía fundamental para que las entidades territoriales se encaminen hacia la equidad en salud, mediante las orientaciones allí plasmadas. El insumo fundamental para la construcción de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP), es el Análisis de Situación de Salud- ASIS; razón por la cual, el Ministerio de Salud y Protección Social fortaleció el proceso de Análisis de Situación de Salud (ASIS) y elaboró la Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales, entregando los lineamientos básicos para la elaboración de documentos útiles para la toma de decisiones.

Como resultado del proceso de ASIS, se obtuvo un documento de análisis para Bogotá D. C., útil para la planeación territorial; dicho documento, presenta la situación de la población general sin profundizar en subgrupos poblacionales de manera específica. Este documento, presenta el análisis de los indicadores de resultado seleccionados como trazadores de las dimensiones de la salud pública, aunque no aborda de manera exhaustiva todos aquellos susceptibles de análisis pues excede su objetivo.

El análisis se desarrolló bajo la perspectiva de los enfoques: poblacional, de derechos y diferencial y con el modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud, lo cual, permitió la identificación de los principales efectos en salud, el reconocimiento de las brechas generadas por las desigualdades sanitarias y sus determinantes.

En tal sentido, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, pone a disposición de los gobernantes, equipos de gobierno, sociedad civil, academia y demás autoridades, los resultados del análisis de la situación de salud 2017, con la finalidad de orientar la toma de decisiones sectoriales y transectoriales necesarias para transformar positivamente las condiciones de salud de la población en el territorio que hace parte de la ciudad de Bogotá D. C.

INTRODUCCIÓN

Los Análisis de Situación de Salud –ASIS–, se definen como los procesos para “caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estos competencia del sector salud o de otros sectores”. Este tipo de procesos tienen como propósito, orientar la toma de decisiones para la intervención en salud desde el componente técnico; generando insumos para la negociación política, la conducción institucional, la movilización de recursos y la diseminación de información en salud. En el marco de la planificación y gestión integral de la salud pública en los territorios, el ASIS es fundamental para el reconocimiento de los procesos de salud-enfermedad y de calidad de vida que ocurren en las diferentes escalas territoriales: localidad y UPZ.

Estos análisis, facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, ayudan a orientar las intervenciones apropiadas y permiten evaluar el impacto de éstas. La finalidad de éstos análisis, es ser usados por los diferentes actores de gobierno y comunitarios en distintos niveles de planificación, ejecución y evaluación de política, para mejorar las condiciones de vida y salud de la población del Distrito. Debido a su naturaleza, los procesos de Análisis de Situación de Salud a nivel Distrital y Local, son de carácter vinculante e implican la interrelación sectorial, intersectorial y transectorial. Por lo anterior, se requiere la concurrencia de diversos actores, particularmente de aquellos que generan información y que participan en la toma de decisiones. Adicionalmente, es importante resaltar que aunque el equipo local ASIS está a cargo del liderazgo y gestión de los procesos de análisis, las Empresas Sociales del Estado –ESE–, deben garantizar espacios para fortalecer la articulación con otras instituciones que aporten a los procesos de análisis, planeación y toma de decisiones.

En las Localidades (localidad es la división geográfica y administrativa de Bogotá), el ASIS tiene como principal objetivo, aproximarse al análisis de los determinantes sociales de la salud y su incidencia en la calidad de vida de las poblaciones en las diferentes escalas del territorio (localidades, UPZ), generando información construida de forma participativa, que explique el comportamiento del proceso salud - enfermedad presentada en el territorio (entiéndase como área, pertenencia y gobernanza). Este análisis, es útil en la identificación de necesidades y respuestas locales, que realimentan el proceso y aportan insumos para el mejoramiento de las políticas públicas y las intervenciones en salud que se realizan en el Distrito Capital. El presente documento incluye el análisis de situación en salud para Bogotá, Distrito Capital, para el año 2017.

METODOLOGÍA

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Bogotá se realizó con la información disponible en las fuentes oficiales hasta noviembre de 2016 considerando los rezagos de información propios de cada base de datos consultada. Para la construcción del contexto territorial, se usó como referencia la información publicada por la Secretaría de Planeación Distrital; para el análisis demográfico, se usaron las estimaciones y proyecciones censales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y los indicadores demográficos dispuestos por esta institución en su página web: www.dane.gov.co. Adicionalmente, se consultó el Registro Único de Víctimas (RUV) dispuesto en el Sistema de Gestión de Datos del Ministerio de Salud y Protección Social, a través del cubo de víctimas del Ministerio de Salud y Protección Social cuya actualización corresponde a septiembre de 2015, y el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, con fecha de actualización noviembre de 2016.

Para algunos indicadores que se consideraron debían desagregarse a las escalas territoriales propias del ordenamiento de la ciudad de Bogotá, se utilizaron como fuente las bases de datos propias de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá o de las diferentes Secretarías que hacen parte de la estructura organizacional de la capital.

Para el análisis de los efectos de salud y sus determinantes, se emplearon los datos de estadísticas vitales provenientes del DANE para el periodo comprendido entre 2005 y 2015 y la morbilidad atendida se identificó a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) para el periodo entre 2009 y 2016. La información sobre eventos de interés en salud pública, provino del Sistema de vigilancia de la salud pública (Sivigila) entre 2007 y 2015; la información de eventos de alto costo, provino de la Cuenta de Alto Costo disponible entre 2008 y 2015. Adicionalmente, se incluyó información resultante de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud para 2010, Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) para 2010, Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013, informes de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis) de 2015.

Para el análisis de los determinantes intermedios de la salud y los estructurales de las inequidades en salud se incluyó principalmente información derivada del Ministerio de Educación Nacional (MEN), el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Los datos fueron procesados en Microsoft Excel, Epidat 4.2. Las orientaciones básicas del documento fueron tomadas de la guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS del Ministerio de Salud y Protección Social.

Las tasas de mortalidad, se ajustaron por edad mediante el método directo utilizando como población de referencia la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1). Como agrupador de causas, se usó la lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que recoge en seis gran-

des grupos y un residual, 67 subgrupos de diagnósticos agrupados según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10: signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, enfermedades transmisibles, tumores (neoplasias), enfermedades del aparato circulatorio, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, causas externas de traumatismos y envenenamientos, y las demás enfermedades. Igualmente, se calculó la carga de la mortalidad mediante la estimación de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), para las grandes causas de mortalidad.

El análisis de las causas de mortalidad infantil, se efectuó de acuerdo con la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, que agrupa 67 subgrupos de causas de muerte en 16 grandes grupos: ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, tumores (neoplasias), enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema genitourinario, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, causas externas de morbilidad y mortalidad, síndrome respiratorio agudo grave (SRAG), y todas las demás enfermedades. Se construyeron tasas específicas para los menores de un año usando como denominador los nacidos vivos, para los niños entre 1 y 4 años utilizando la población entre 1 y 4 años y para los menores de cinco años empleando la población menor de cinco años.

Se realizaron diferencias absolutas y curvas de concentración para los eventos relacionados con la mortalidad materna infantil y la niñez.

1. Capítulo I. Caracterización de los contextos territorial y demográfico

1.1 Contexto territorial

1.1.1. Localización y División Política

La ciudad de Bogotá domina una longitud de sur a norte de 33 km y de Oriente a Occidente 16 km, posee 19 localidades urbanas y 1 rural. Se encuentra ubicada sobre el Altiplano Cundiboyacense, entre los relieves de montaña media y alta en la Cordillera Oriental de los Andes, 2500 y 4000 metros sobre el nivel del mar - msnm-. Cuenta con un área total de 1776 Km² entre su parte urbana, rural y suburbana; sus formaciones montañosas representativas son el Cerro de Monserrate y el Cerro de Guadalupe; su elevación oscila entre 2500 y 3250 msnm. Los principales cuerpos Hídricos son el Río Bogotá, Río Fucha, Río Tunjuelito y el Río Salitre (Ruiz Murcia & Escobar García, 2012).

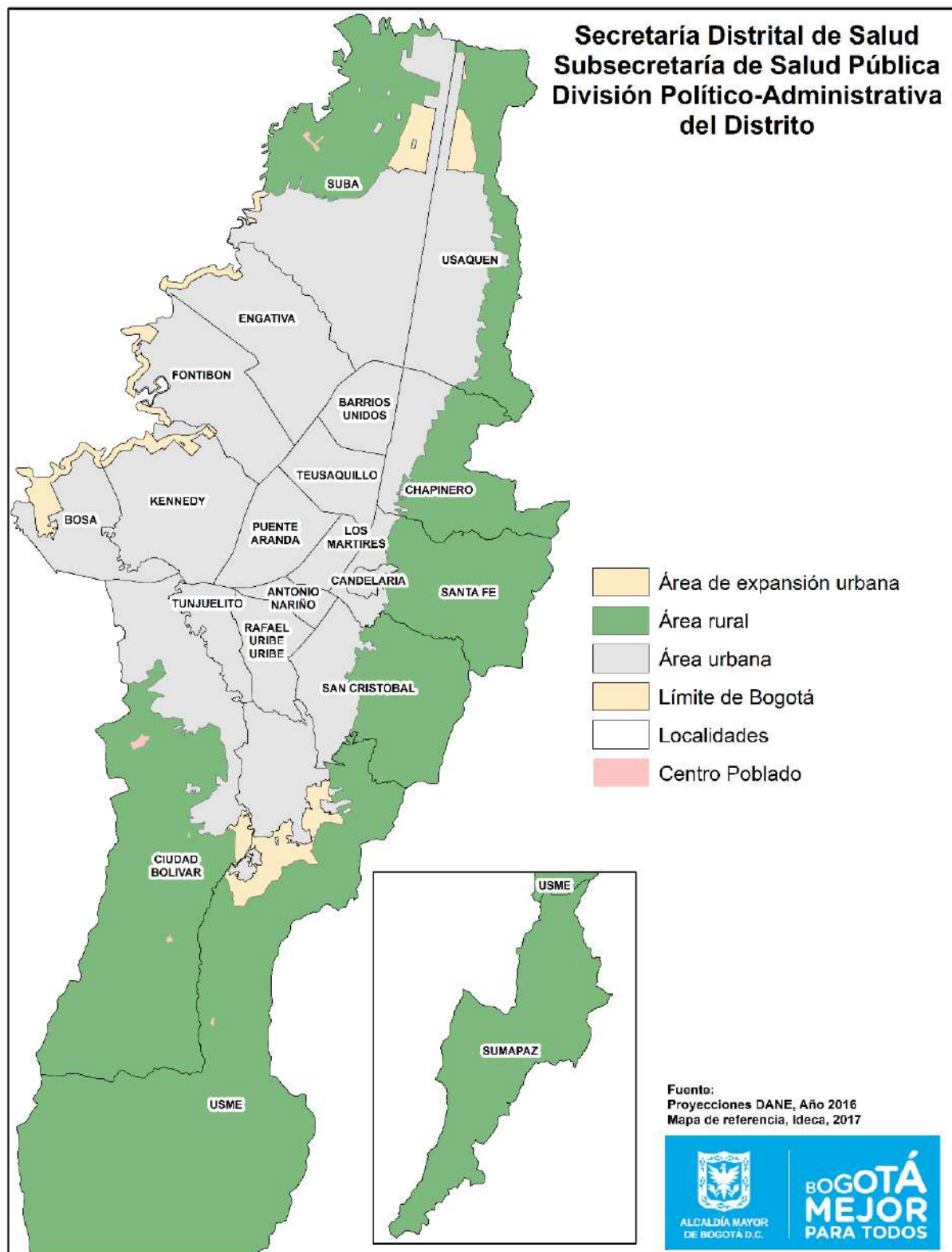
Bogotá limita al norte con el municipio de Chía, al oriente con los Cerros Orientales en los municipios de La Calera, Choachí y Ubaque, al sur con el Páramo de Sumapaz, y al occidente con Soacha, Mosquera y Funza.

El Distrito Capital de Bogotá, se subdivide a su vez en 20 localidades y en estas se agrupan más de 1200 barrios que hay en el casco urbano de Bogotá. Salvo la localidad de Sumapaz que corresponde a área rural, las demás localidades se consideran parte del territorio urbano.

Cada localidad cuenta con una Junta Administradora Local -JAL-, integrada por no menos de siete ni más de once miembros, elegidos por votación popular para un período de cuatro años, que deberán coincidir con el período del Concejo Distrital. Una JAL cumple funciones concernientes con los planes y programas distritales de desarrollo económico y social de obras públicas, vigilancia y control a la prestación de los servicios públicos en su localidad y las inversiones que se realicen con los recursos del Distrito Capital, además de lo concerniente a la distribución de las partidas globales que les asigne el presupuesto distrital y en general, velar por el cumplimiento de sus decisiones, recomendar la adopción de determinadas medidas por las autoridades del Distrito Capital y promover la participación ciudadana (mapa 1).

La ciudad cuenta con relleno sanitario ubicado entre las localidades de Usme y Ciudad Bolívar, por la vía a Villavicencio, con un área de 500 Ha; de éstas, 150 Ha han sido destinadas a la disposición de residuos por un lado de residuos sólidos ordinarios y por otro de residuos hospitalarios. Actualmente la ciudad de Bogotá produce aproximadamente 6.500 toneladas de residuos sólidos diariamente, de los cuales alrededor de un 70 % son de carácter aprovechable, es decir, con potencial de reciclaje, reusó y otros tipos de aprovechamiento.

Mapa 1. División Política- Administrativa en Bogotá D. C. 2015



Fuente: Grupo ASIS. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2017

Las localidades se subdividen en la parte urbana en Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ), donde se agrupan varios barrios; y en la parte rural, en Unidades de Planeamiento Rural (UPR), las cuales a su vez se agregan en veredas. Bogotá, para el año 2017, tiene 8.080.734 habitantes distribuidos en 20 localidades.

Tabla 1. Densidad poblacional por localidad (habitantes por Km²). Bogotá D. C., 2017

	Localidad	Población	Área(km ²)	Densidad
1	Usaquén	474.186	65,316	7,3
2	Chapinero	126.591	38,156	3,3
3	Santafé	95.201	45,171	2,1
4	San Cristóbal	394.358	49,099	8,0
5	Usme	340.101	215,067	1,6
6	Tunjuelito	187.971	9,911	19,0
7	Bosa	731.047	23,933	30,5
8	Kennedy	1.208.980	38,59	31,3
9	Fontibón	413.734	33,281	12,4
10	Engativá	878.434	35,881	24,5
11	Suba	1.282.978	100,56	12,8
12	Barrios Unidos	267.106	11,903	22,4
13	Teusaquillo	140.473	14,193	9,9
14	Los Mártires	93.716	6,514	14,4
15	Antonio Nariño	109.254	4,88	22,4
16	Puente Aranda	221.906	17,11	13,0
17	La Candelaria	22.438	2,06	10,9
18	Rafael Uribe	350.944	13,834	25,4
19	Ciudad Bolívar	733.859	130,002	5,6
20	Sumapaz	7.457	780,969	0,01
	Total	8.080.734	1636,63	4,9

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación (SDP). Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No.69 Bogotá ciudad de estadísticas. Proyecciones de Población por Localidades para Bogotá 2016-2020. Notación: Densidad poblacional = (Población/Área). 1 hectárea = 0,01 Kilómetros cuadrados (Km²).

1.1.2. Características físicas del territorio

Según el Instituto de Estudios Urbanos de Bogotá, la ciudad presenta dos grandes unidades morfo-estructurales caracterizadas por un lado como una zona plana suavemente inclinada, constituida por una llanura cuaternaria de origen fluvioacuestre, bordeada de algunos conos aluviales y depósitos coluviales. A su vez la región es delimitada por una zona montañosa compuesta por formaciones sedimentarias de rocas arenosas, duras y resistentes a la erosión; y por rocas arcillosas blandas, con edades del Cretáceo Superior al Terciario superior. Los ecosistemas del territorio son el páramo, sub-páramo, bosque alto andino, bosque andino, bosque sub-andino, y un complejo sistema de humedales.

Según el boletín informativo: Bogotá Ciudad de Estadísticas 2009, el ambiente humano urbanizado cuenta con un área total de 34.112 hectáreas, donde 5 localidades concentran el 50 % del área urbanizada de la ciudad, estas son: Suba, Engativá, Kennedy, Usaquén y Ciudad Bolívar.

Por su parte el censo Inmobiliario 2017 demostró que se reactivó la actividad inmobiliaria en la ciudad, demostrable por medio de la incorporación al Catastro de Bogotá de más de 6.8 millones de metros cuadrados nuevos, algo así como haber construido la localidad de Tunjuelito en un año. La nueva área construida, corresponde a 6.831.951 de metros cuadrados, y un área neta incorporada de 4.457.550 metros cuadrados. Las localidades con mayor aporte de área construida nueva son Suba (22,3 %), Usaquén (11,1%), Bosa (7,6 %), Engativá (7,4 %), Ciudad Bolívar (7,2 %), Kennedy (7,1 %), Fontibón (6,9 %), Chapinero (4,8 %), y Usme 4,6 %.

1.1.2.1. Altitud y relieve

La ciudad se ubica sobre la Cordillera Oriental de los Andes Colombianos en la Sabana de Bogotá, delimitada por los cerros orientales, los cuales poseen en promedio pendientes del 50 % denominadas “fuertemente escarpadas”, con alturas entre los 2700 y 3000 msnm. Los principales problemas que los cerros orientales presentan son: (a) Importantes coberturas de bosques exóticos que avanzan sobre la vegetación nativa, los cuales aumentan el riesgo de incendios forestales, (b) Los asentamientos urbanos descontrolados y (c) La industria extractiva de canteras, chircales y gravilleras. Los cerros sustentan variedad de formaciones vegetales que configuran hábitats naturales de mamíferos, aves, reptiles, anfibios, moluscos e insectos; en ellos nacen gran cantidad de afluentes de la cuenca de los ríos Bogotá y Sumapaz, por medio de una densa red hídrica que incluye riachuelos, quebradas y ríos con caudales de hasta 32 m³ /segundo. Entre los cerros representativos de la ciudad está Monserrate, Guadalupe, el cerro de la Conejera y los cerros que conforman el parque entre nubes.

1.1.2.2. Hidrografía

Por estar ubicada sobre la montaña media y alta, Bogotá cuenta con la presencia de ecosistemas de páramo y bosque andino, donde suceden procesos de recepción y distribución de agua, los cuales juegan un papel vital en la conformación de la red hidrográfica de la ciudad. Ello ha dado lugar a vertimientos de aguas superficiales y subterráneas procedentes del sistema hídrico de la cuenca del río Bogotá.

Por su parte el río Bogotá bordea el Distrito Capital a la altura de su cuenca media, a lo largo del costado occidental del área urbana, donde va colectando las aguas provenientes de los cerros orientales a través de los ríos Torca, Salitre, Fucha y Tunjuelo.

La ciudad se encuentra dividida en cuatro cuencas de drenaje correspondiente a los ríos: Juan Amarillo o Salitre, Fucha o San Cristóbal y el Tunjuelo, los cuales transcurren en sentido oriente a occidente; y el río Torca que transcurre en sentido sur - norte; y desembocan en el Río Bogotá.

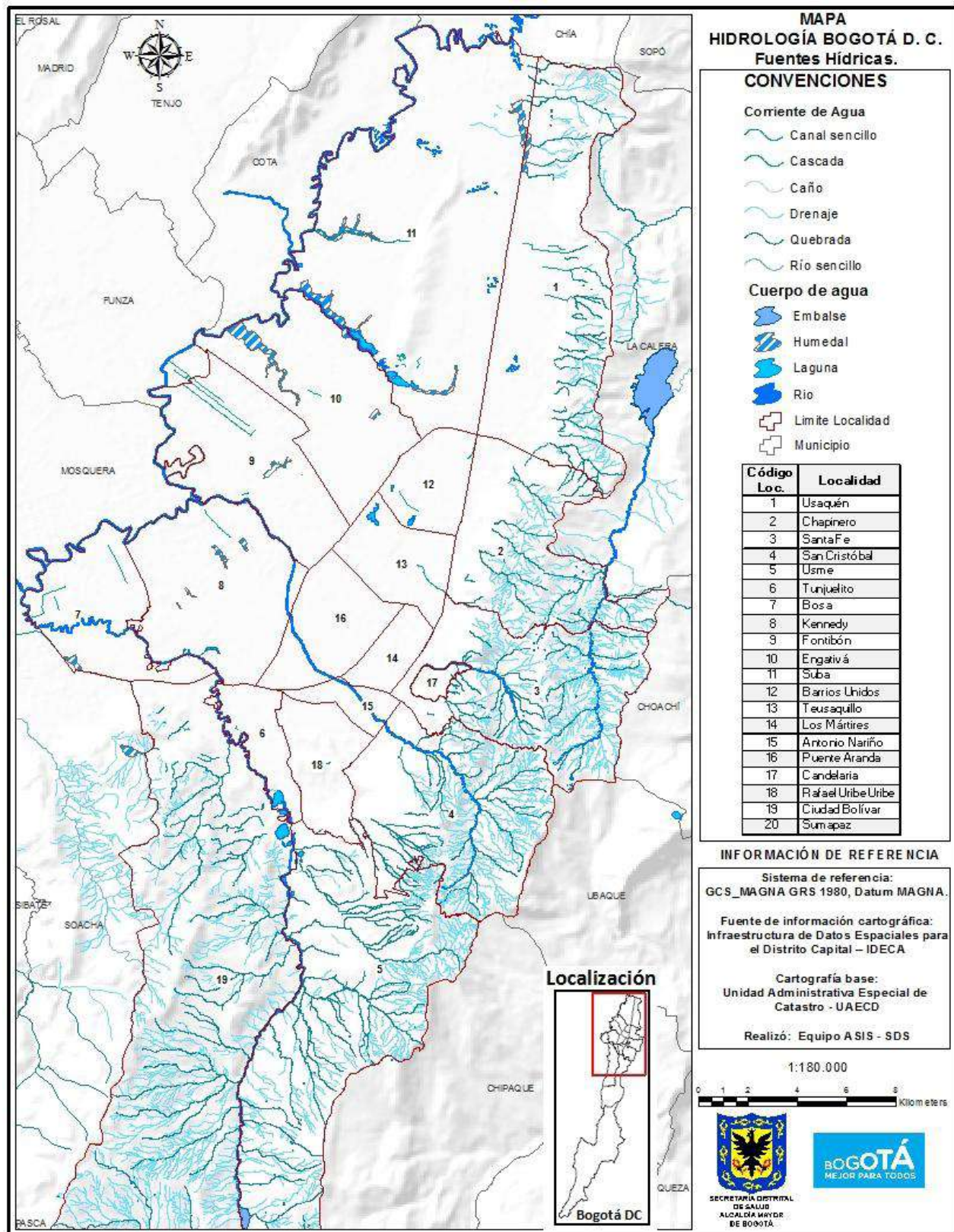
El suministro de agua de Bogotá depende del Sistema de Chingaza, Planta de tratamiento Wiesner, Sistema del Río Bogotá, Planta de Tratamiento de Tibito, Sistema de chisacá / la Regadera-Planta de tratamiento de La Laguna y Vitelma. El mapa 2, representa la red de cuerpos hídricos de Bogotá.

De otra parte, los humedales que conforman la hidrografía bogotana, son ecosistemas de gran importancia biológica, social, cultural y de la estructura ecológica principal, porque son parte del sistema de áreas protegidas de la ciudad. Los humedales son ecosistemas constituidos por:

- Un cuerpo de agua permanente o estacional (con una profundidad no mayor a 6 metros en tiempo seco).
- Una franja a su alrededor la cual se inunda periódicamente denominada como Ronda Hidráulica (RH).
- Una franja de terreno no inundable, llamada Zona de Manejo y Preservación Ambiental (ZMPA).

Los humedales cumplen funciones ecológicas estratégicas dentro de la dinámica hidrológica regional, al regular el ciclo hídrico controlando y previniendo inundaciones. Paralelamente retienen sedimentos y nutrientes, contribuyen en la descarga y recarga de acuíferos operando como reservorios de aguas, y son estaciones en el desplazamiento de la fauna migratoria.

Mapa 2. Hidrografía de Bogotá D. C. 2017



Fuente: Grupo ASIS. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2017

1.1.2.3. Clima

La ciudad tiene un clima frío de montaña determinado por la altitud, cuyas temperaturas oscilan entre los 7 y los 18 °C, con una temperatura media anual de 14 °C. Dicho clima se subdivide principalmente en seis tipos: clima frío semiárido y clima frío semihúmedo, correspondientes principalmente a la parte urbana de la ciudad. En cuanto al clima muy frío semihúmedo, muy frío húmedo y muy frío súper húmedo se ubican los cerros orientales y las zonas rurales de Usme y Ciudad Bolívar, mientras que en el clima extremadamente frío súper húmedo se encuentran las partes más altas de la localidad de Sumapaz.

Los valores del promedio multianual en la temperatura media oscilan entre los 9°C en las zonas más altas y 14°C para la parte más baja de la ciudad de Bogotá, este último valor tiende a ubicarse hacia la parte norte y oeste de la ciudad, en donde se encuentran las localidades de Suba, Engativá, entre otras. Por otro lado los valores más bajos se presentan hacia la parte central y sur del Sumapaz.

Las temporadas más lluviosas del año ocurren entre abril y mayo, y entre septiembre y noviembre, alcanzando los 114 mm/mes; en contraste, las temporadas más secas del año, se presentan entre diciembre y febrero, y entre julio y agosto, en las cuales durante la noche y la madrugada se presentan fuertes heladas que afectan la agricultura. El mes de agosto suele ser muy soleado durante el día y acompañado de vientos.

La distribución espacial de la precipitación, según el total multianual, los valores más altos de precipitación (mm) están presentes hacia la parte noreste de la ciudad afectando localidades como Santa Fé, San Cristóbal, Chapinero, Usaquén, sectores de Usme y la parte sur sobre Sumapaz, con valores que oscilan entre los 1000 y 2000 mm. Las menores precipitaciones se presentan principalmente en las localidades de Suba, Engativá y Fontibón con valores que oscilan entre 500 y 1000 mm. Bogotá en el 80 % de su espacio geográfico presenta dos valores pico de precipitación durante el año (alrededor de abril-mayo y octubre-noviembre); mientras que el restante 20 % presenta un ciclo mononodal especialmente en su parte oriental con su máximo de precipitación mensual alrededor de mitad de año (Ruiz Murcia & Escobar García, 2012).

Frente al panorama de cambio climático, Bogotá proyecta una alteración de la precipitación por eventos de variabilidad climática, tal es el caso del evento de la niña, cuyo efecto principal es el aumento notorio en los niveles de precipitación. Cuando se presenta un comportamiento por debajo de lo normal en las anomalías del evento, la lluvia en Bogotá se caracteriza porque en el lapso del primer trimestre (Enero-Febrero-Marzo) al tercer trimestre (Marzo-Abril-Mayo) hay una probabilidad del 80 % del aumento del volumen de la precipitación. Situación similar se presenta entre el trimestre 7 (Julio-Agosto-Septiembre) al 12 (Diciembre-Enero-Febrero). Durante una Fase Normal no existen alteraciones del comportamiento de la Temperatura Superficial del Mar, lo que hace que predomine un comportamiento de lluvias acorde a los valores típicos (Ruiz Murcia & Escobar García, 2012).

Las emergencias y desastres originados por fenómenos climáticos (inundaciones, deslizamientos, incendios forestales y vendavales), muestran que durante La Niña, predominan

los eventos de inundaciones y deslizamientos por lluvias torrenciales que arrastran el suelo y sus coberturas, mientras que durante la ocurrencia de El Niño predominan los eventos de incendios forestales y deslizamientos por sequedad de los terrenos (IDEAM, PNUD, Alcaldía de Bogotá, Gobernación de Cundinamarca, CAR, Corpoguavio, Instituto Alexander Von Humboldt, Parques Nacionales Naturales de Colombia, MADS, DNP, 2014) (Ramos , Trujillo Vela, & Prada, 2015).

1.1.2.4. Zonas de Riesgos

El Instituto Distrital de Gestión del Riesgo -IDIGER- desde primer semestre de 2002 a segundo semestre de 2013 registró 10.501 eventos, de los cuales el 50.4 % corresponden a eventos de inundación y el restante 49.6 % a eventos de movimientos en masa (IDIGER, 2010).

1.1.2.4.1. Riesgo por movimientos en masa

Según el IDIGER (2017), del total del área de suelo urbano del Distrito Capital, aproximadamente el 4 % se encuentra en amenaza alta por movimientos en masa (2776 Ha), un 15 % en amenaza media (16600 Ha) y un 12 % en amenaza baja (11400 Ha). Las localidades con antecedentes son: Usaquén, Chapinero, San Cristóbal, Usme, Suba, Rafael Uribe y Ciudad Bolívar, correspondiente a más del 30 % del área urbana. Se estima que más de 2.300.000 personas están ubicadas en zonas de amenaza por movimientos en masa y el 20 % de la población del Distrito se encuentra expuesta a estos eventos (IDIGER, 2010).

En el estudio *Análisis descriptivos de procesos de remoción en masa en Bogotá*, se evidencia una proporcional relación entre dichos eventos y el régimen de lluvia, ya que entre los períodos abril-mayo y noviembre-diciembre cuando suceden las máximas precipitaciones, ocurren la mayor cantidad de movimientos en masa. Las series de deslizamientos tienen un rezago aproximado de un mes respecto a la precipitación media mensual multianual, cuando la mayor cantidad de movimientos en masa se presenta (Ramos , Trujillo Vela, & Prada, 2015).

En el mismo estudio, también se observa que esta tendencia general no se replica en sectores de San Cristóbal y Usme, en donde el régimen hidrológico difiere del resto de la ciudad, al presentarse los mayores valores promedio mensuales de lluvia entre el junio-julio-agosto y noviembre. Según (Ramos , Trujillo Vela, & Prada, 2015) estas discrepancias indican la necesidad de hacer análisis zonificados en la ciudad para relacionar de forma más precisa los eventos de lluvia con los eventos de remoción en masa, dada la alta variabilidad espacial de la precipitación en el área.

Dos medidas de mitigación importantes asumidas por el IDIGER son el reasentamiento de familias en condición de riesgo y zonificación de suelos de protección por riesgo, donde la primera pretende garantizar la integridad física de los habitantes expuestos a condiciones de riesgo por movimientos en masa, y la segunda busca encontrar y definir áreas destinadas para uso de protección por riesgo.

Se calcula que más de 10.000 familias han sido incluidas en el programa de reasentamiento, siendo Ciudad Bolívar la localidad con mayor número de reasentamientos (más de 5.000), seguida de las localidades de Rafael Uribe Uribe (cerca de 2.000) y San Cristóbal (cerca de 1.500). En otras localidades como Usme, Usaquén, Santa Fe, Chapinero, Suba y Sumapaz, se han incluido familias a este programa. (Fuente SIRE: citado por IDIGER 2017).

Por otra parte en las actividades de protección de suelos por riesgo, el distrito ha llevado a cabo acciones de estudio, monitoreo geotécnico y estructural, obras de ingeniería para estabilización geotécnica y manejo adecuado de aguas, reasentamiento de familias, adecuación de predios, renaturalización y trabajo comunitario (IDIGER, 2010).

1.1.2.4.2. Amenazas por Inundación

El IDIGER (2017) estima que 6.928,17 Ha de Bogotá corresponden a zonas o áreas donde existe una probabilidad de ocurrencia de inundaciones por desbordamiento de cauces naturales y/o cuerpos de agua intervenidos en diferentes niveles, con efectos potencialmente dañinos, principalmente en zonas del río Tunjuelo, la quebrada Limas, la quebrada Chiguaza, el río Fucha, el río Juan Amarillo, los humedales Jaboque, Juan Amarillo, Conejera, Guaymaral, Torca y el río Bogotá. El área en amenaza alta es del orden de 1.904,1 Ha., en amenaza media de 3.920,70 Ha. y en baja, 1.097,37 Ha. Diez (10) de las veinte (20) localidades de la capital: Suba, Bosa, Engativá, Kennedy, Fontibón, Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, Usaquén y Usme, tienen una afectación directa por la ocurrencia de inundaciones por desbordamiento.

Estos ríos son usados como colectores tanto de aguas residuales contaminantes como de aguas lluvias. Para proteger las orillas de estos ríos en ocasiones se construyen muros en gaviones como medidas correctivas o diques longitudinales (jarillones) para evitar desbordes, pero estas obras reducen las secciones transversales de los cauces produciendo incrementos en la velocidad del flujo y elevación del nivel del agua (ver mapa página 30).

1.1.2.5. Temperatura y humedad

De acuerdo con IDIGER, el fenómeno de la variabilidad climática en la Región Capital se expresa por una disminución de la temperatura media de hasta 0.5°C y aumento de la intensidad de las lluvias de hasta en un 60 % en el momento de madurez del fenómeno. Se considera que el fenómeno del cambio climático significará un incremento de 2° C de temperatura para la ciudad, con un aumento esperado en la intensidad de las precipitaciones extremas entre el 20 % a 30 %, lo que conllevará a una mayor presión sobre el sistema de drenaje, y un incremento del riesgo por inundaciones.

Teniendo en cuenta el Plano Normativo de Amenaza de Inundación por Desbordamiento, No. 4 del Decreto 190 del 2004, se debe considerar:

- **Área de amenaza:** De acuerdo con el Plano de Amenaza por inundación por Desbordamiento se estima que 6.170 Ha de Bogotá corresponden a zonas o áreas donde existe una probabilidad de ocurrencia de inundaciones por desbordamiento de cauces naturales y/o cuerpos de agua intervenidos en diferentes niveles, con efectos potencialmente dañinos.
- **Amenaza alta, media y baja:** Las áreas con esta amenaza se distribuyen así: en amenaza alta 1.400 Ha. con cerca de 295 mil personas, en amenaza media 3.657 Ha. con cerca de 983 mil personas y en baja, 1.1128 Ha. con cerca de 251 mil personas.
- **Localidades expuestas:** Las localidades que tienen una afectación directa por la ocurrencia de inundaciones por desbordamiento se encuentra distribuidas en diez (10) de las veinte (20) localidades de la capital: Suba, Bosa, Engativá, Kennedy, Fontibón, Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe, Usaquén y Usme.

Es importante llamar la atención que el área de expansión urbana proyectada hacia el occidente de la ciudad en sectores de Bosa, Kennedy, Fontibón y Suba coinciden con zonas de inundación.

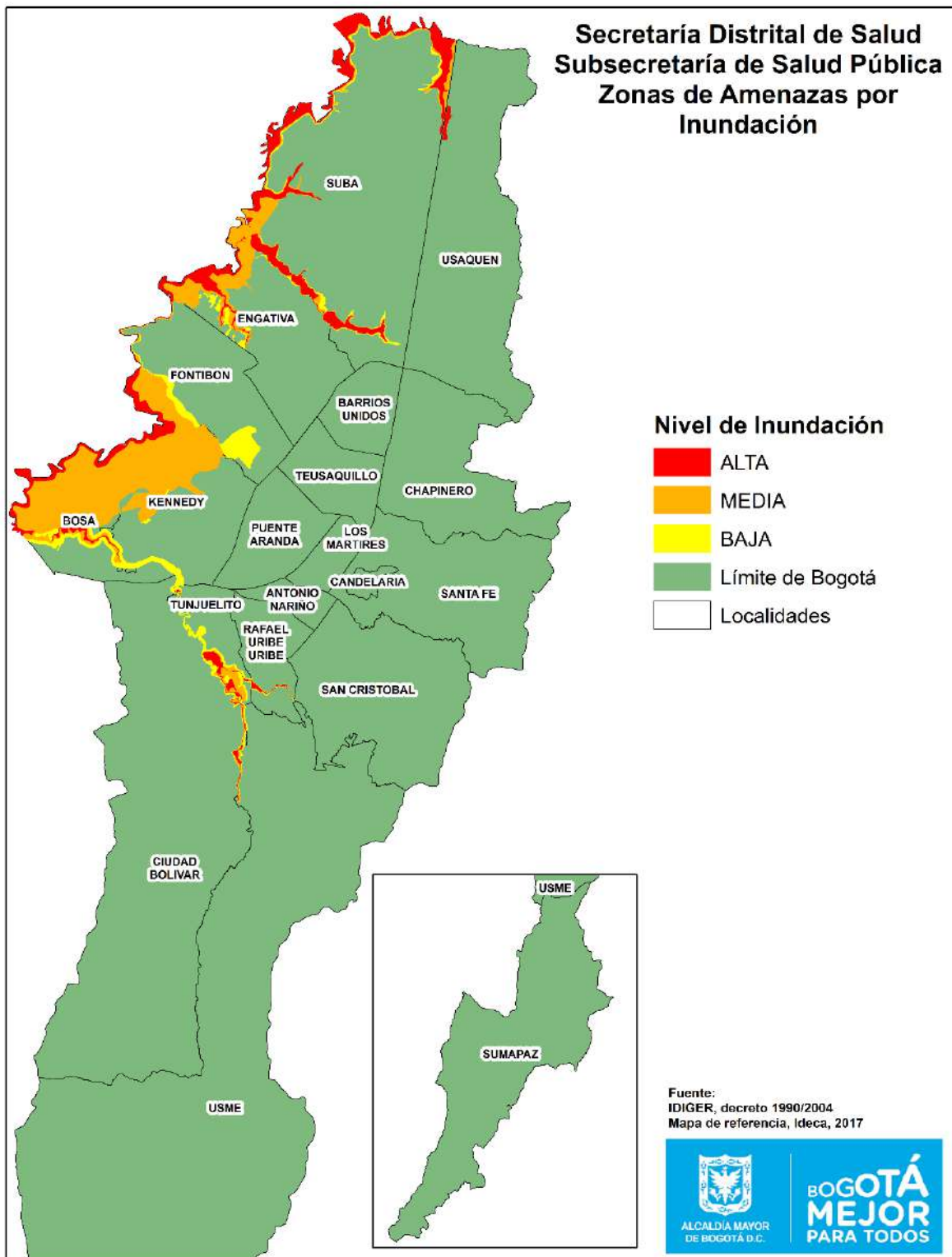
1.1.2.6. Riesgo sísmico

De acuerdo con la Norma Colombiana Sismo Resistente del año 1998, la ciudad se encuentra en una zona de amenaza intermedia y cuenta con una alta vulnerabilidad sísmica. Localmente, este nivel de amenaza se incrementa para la mayoría de los sectores de la ciudad, debido a los efectos de la amplificación de las ondas sísmicas a causa de las características del subsuelo y en algunos casos, a la topografía del terreno.

Se sabe que Bogotá se encuentra ubicada sobre una zona sísmica alta, tanto por el número de registros históricos de sismos presentados como por su cercanía a las fallas geológicas del piedemonte llanero.

Paralelamente la zonificación de suelos urbanos, muestra para la ciudad 16 zonas de respuesta sísmica, en donde las zonas de piedemonte relacionan efectos de sitio topográfico y de amplificación, las zonas de los cerros y depósitos de ladera relacionan un efecto topográfico y donde las localidades afectadas serían Sumapaz, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Usme, Santafé, Chapinero, Usaquén y Suba. En cuanto a las zonas lacustres sucede el efecto de amplificación de onda el cual afectaría localidades como Kennedy, Puente Aranda, Engativá Fontibón, Suba, Usaquén, Chapinero y Barrios Unidos. Finalmente en los suelos aluviales sucederían efectos de amplificación y licuación incidiendo sobre las localidades de Bosa, Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe entre otras (IDIGER, 2010). El esquema a continuación representa lo mencionado:

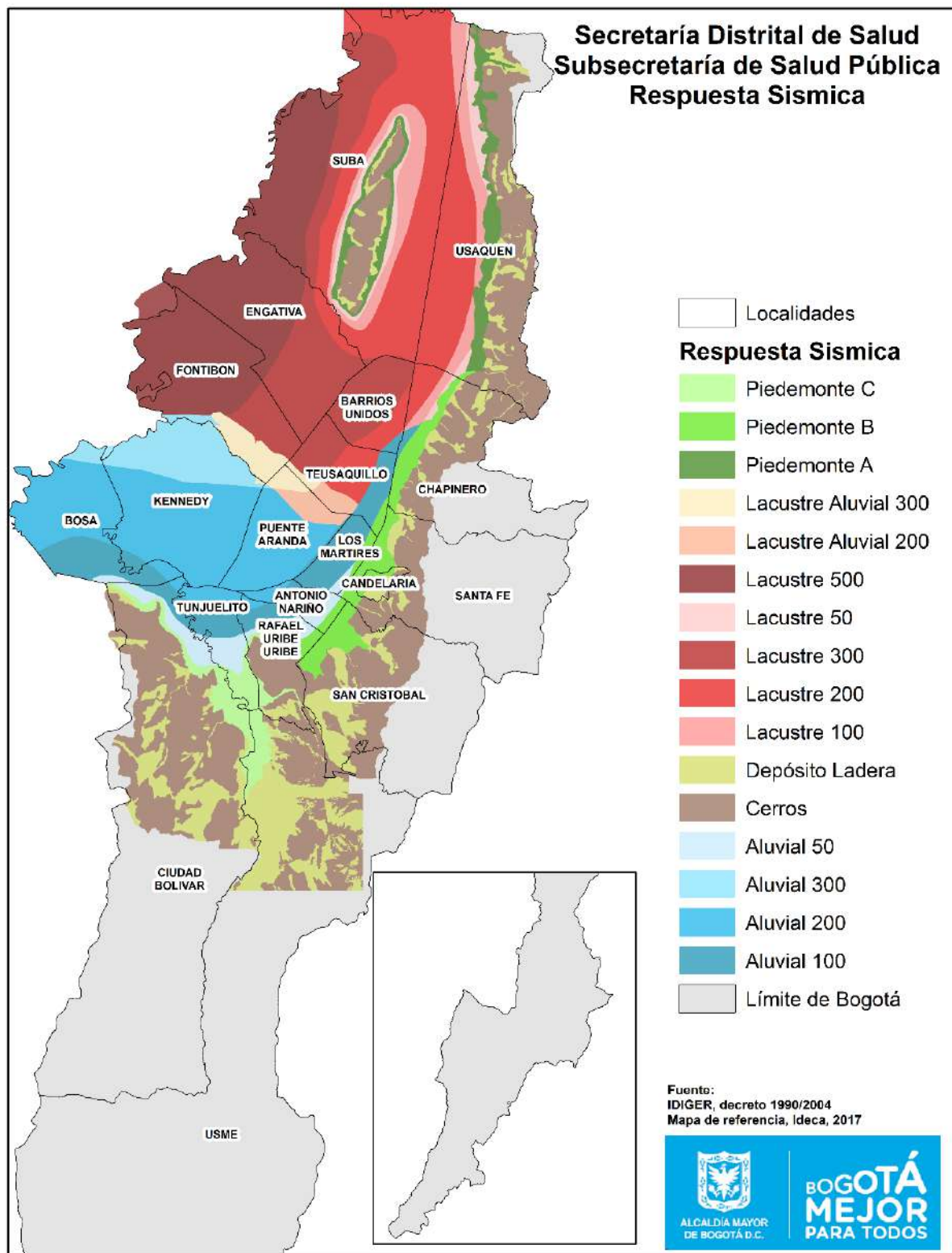
Mapa 3. Plano de Amenaza de Inundación por Desbordamiento



Fuente: Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y Cambio Climático

Nota: En rojo se ilustran las zonas de amenaza alta por inundación. Plano Normativo. Resolución 858/2013. Actualiza el Plano Normativo No 4 del Decreto 190/2014. [4]

Mapa 4. Respuesta Sísmica en Bogotá D. C., 2013



Fuente: Tomado de http://www.fopae.gov.co/portal/page/portal/FOPAE_V2/Mapa%20Gestion%20del%20Riesgo%20Bogota/Deslizamientos/AVR

El riesgo sísmico se acentúa con la vulnerabilidad de las edificaciones, el cual depende de la técnica, calidad de los materiales y métodos constructivos utilizados, el tipo de estructura, el estrato socio económico, el mantenimiento, entre otros. En la actualidad, cerca de la mitad de las manzanas construidas en la ciudad corresponden a estratos socio económicos 1 y 2, de donde se infiere una alta vulnerabilidad estructural para la ciudad. Esta situación, ubica que pese a que la amenaza sísmica en la ciudad no es extrema, el riesgo sí lo es en muchos sectores, debido a la vulnerabilidad estructural de las edificaciones.

Los datos históricos indican que en la ciudad tres sismos han causado destrucción parcial de su entorno urbano (1785, 1827 y 1917), cuyos epicentros han sido localizados en el Páramo de Chingaza (Cundinamarca), Timaná (Huila) y Páramo de Sumapaz (Cundinamarca), respectivamente. El sismo de 1917 causó leves daños a muchas edificaciones, hubo seis muertes debido a la destrucción de la iglesia de Chapinero. Otro sismo ocurrido el 18 de octubre de 1743 produjo daños graves y provocó la caída de la ermita de Monserrate. Recientemente, el sismo de Tauramena ocurrido el 19 de enero de 1995 como consecuencia de una fractura en el sistema Falla Frontal de la Cordillera Oriental, con una magnitud Mb de 6.5, foco de profundidad estimada 50 kilómetros o menor, produjo en Bogotá fracturas en muros y otros daños menores.

1.1.2.7. Riesgo Tecnológico

Según el IDIGER (2017) no hay información de soporte que permita determinar cuántos productos químicos se utilizan y cuántos trabajadores están expuestos a los mismos en Bogotá. Se sabe con base en los datos de las 20 sustancias más almacenadas en la ciudad, que las sustancias químicas más usadas son el ACPM (48%), la gasolina (38%), el ácido sulfúrico máximo (51%), hidróxido de sodio en solución, aerosoles inflamables, e hidróxido de sodio sólido.

La actividad industrial de Bogotá se encuentra representada por el sector metalmeccánico, manufacturero, químico, de productos alimenticios, de agregados para construcción y producción de concretos. Estos sectores se han localizado en áreas identificadas como zonas industriales, dentro de las cuales están la zona centro-oriental, la zona de Álamos, la zona industrial de Cazucá y la zona de Tunjuelito. Igualmente se ha registrado la existencia de aproximadamente 21 concentraciones industriales incipientes, muchas de ellas por fuera de las zonas industriales mencionadas, las cuales se han concentrado en los barrios Toberín y Santa Fe así como en Paloquemao (SIRE, 2017).

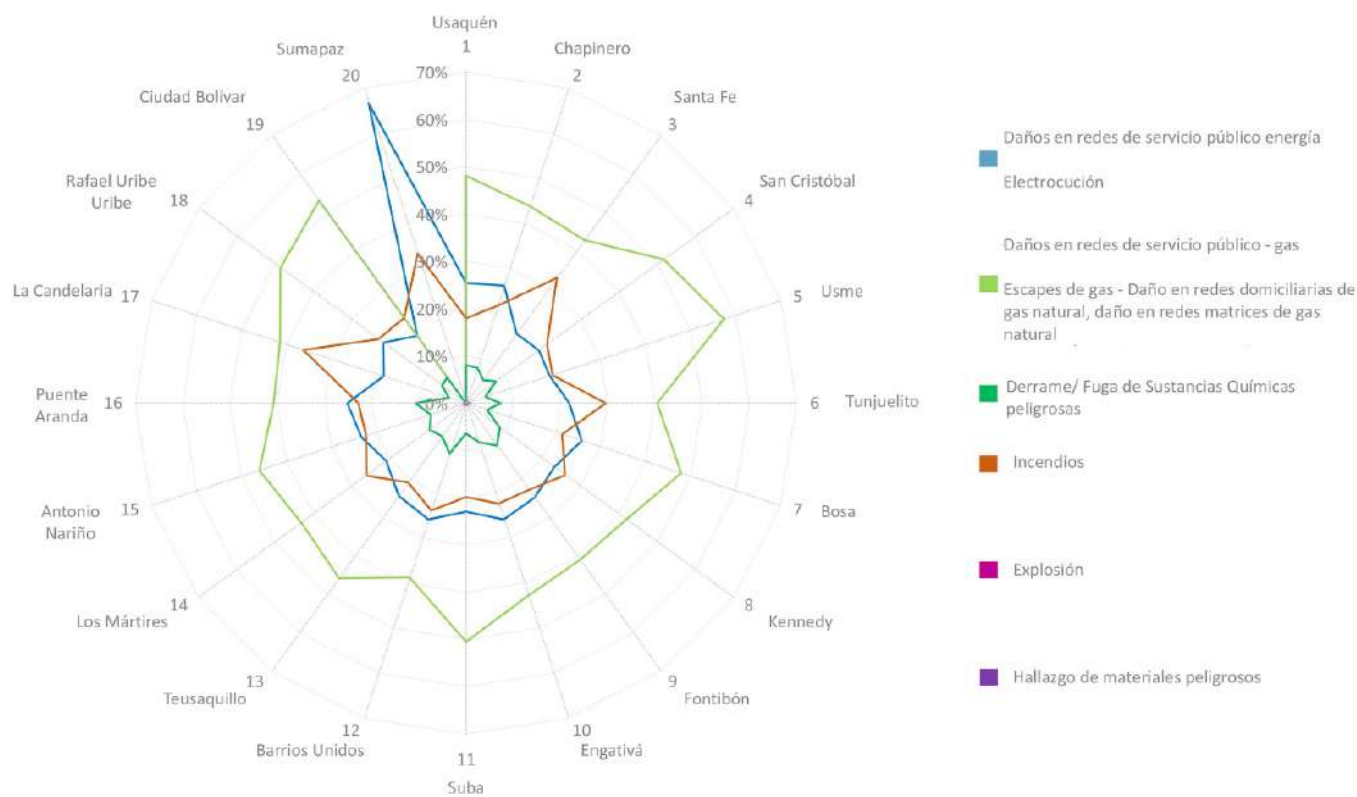
Dentro del sector industrial con probabilidad de que ocurran eventos de origen tecnológicos la pequeña empresa predomina ampliamente, constituyendo casi un 60% del total de la muestra, seguida de la micro empresa que representa el 21%. La franja más pequeña está conformada por las empresas medianas (menos del 3%), mientras que la participación de la gran empresa es tan solo del 10 % aproximadamente (SIRE: 2017).

Para el 2016 la Secretaría Distrital de Salud vigiló 13.066 establecimientos con riesgo químico, siendo la localidad de Kennedy la más vigilada con un total de 1463 estableci-

mientos, seguido de Tunjuelito y Ciudad Bolívar con 1317 y 1307 establecimientos vigilados. El IDIGER a través del Sistema de Información de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - SIRE, posee una bitácora de los eventos de emergencia reportadas en la ciudad. Las posibles emergencias de tipo tecnológico que sobresalen en Bogotá correspondientes a sustancias químicas son los escapes de gas, las explosiones e incendios que involucran sustancias químicas y otros eventos en los cuales están involucrados en mal uso o manejo de sustancias químicas.

El mismo instituto señala que en la ciudad entre el periodo 2001 -2017 los eventos para la localidad de Sumapaz estuvieron relacionados con la electrocución por daños en el servicio de energía. Igualmente, la mayor parte de la ciudad ha presentado eventos por escapes de gas domiciliario e incendios principalmente en las localidades de La Candelaria, Santa Fe, Sumapaz y Tunjuelito.

Gráfico 1. Principales eventos reportados 2001-2017



Fuente: Tomado de <http://www.idiger.gov.co/rtecnologico>

Según el Observatorio Ambiental de Bogotá (2017), los incidentes que en mayor medida ocurren en el Distrito Capital son los incendios o conatos de incendio, lo cual es acorde

al resultado de las sustancias químicas más almacenadas reportadas en las intervenciones de Inspección, Vigilancia y Control, siendo las más representativas las sustancias inflamables. Uno de los casos de derrames de sustancias peligrosas más comunes son ocurridos durante los procesos de carga y descarga de inflamables, corrosivos y oxidantes. Con relación a las intoxicaciones, se evidencian casos relacionados con metales pesados, amoníaco y monóxido de carbono principalmente.

1.1.2.8. Riesgo por aglomeraciones

Las aglomeraciones de público son un riesgo en sí mismas debido a que pueden desencadenarse estampidas humanas o comportamientos no adaptativos bien sea por causas naturales como sismos, tormentas eléctricas, heladas, lluvias torrenciales, vientos fuertes, entre otros; o de origen tecnológico como cortos circuitos, incendios estructurales, explosiones. Así mismo, el conjunto de personas reunidas en un mismo espacio podría causar colapsos estructurales. Todo lo anterior, hace que las personas reaccionen con sentimientos de alarma, y con una conducta temerosa, espontánea y no coordinada generando heridos o muertos.

De acuerdo con el Decreto 599 de 2013, las aglomeraciones se clasifican de acuerdo a los siguientes aspectos:

- Complejidad: Alta, media o baja
- Naturaleza: Espectáculos públicos, espectáculos públicos de las artes escénicas, actividades especiales de aglomeración de público, partidos de fútbol profesional
- Duración: Ocasionales o permanentes
- Costo: Con valor comercial, sin valor comercial.
- Número de presentaciones: Única función o más de una función o temporada
- Movilidad de la presentación: Estacionarios o móviles
- Edad del público al cual está dirigido: Todo público, para mayores de cinco años, para mayores de 14 años o para mayores de edad.

Según el IDIGER (2017), durante los últimos 20 años en Bogotá se ha presentado mejoramiento del comportamiento del público en general, comprendiendo a más de 2.000 grandes conciertos con diferentes artistas tanto nacionales como internacionales, así como unos 1.800 eventos deportivos y más de 1.900 eventos religiosos, principalmente. Actualmente al año, en promedio, asisten casi tres millones de personas a eventos de alta y media complejidad.

1.1.3.

1.1.4. Accesibilidad Geográfica

Está representada por la distancia y el tiempo que recorren las personas de un lugar a otro en busca de satisfacer alguna necesidad o demanda social y humana. Esta accesibilidad

depende del número y de la ubicación de servicios e infraestructura institucionales presentes tanto en lo urbano como en lo rural.

Diferentes estudios señalan dificultades históricas en la movilidad bogotana, por ejemplo (Palau, 2013) plantea que en el crecimiento estructural de la ciudad no se ve una planeación lógica con las arterias viales, ni la creación de nuevos barrios y uniones entre poblaciones vecinas, las cuales han sido absorbidas por el crecimiento de la urbe.

Por su parte la Secretaría de Planeación Distrital realizó un estudio exploratorio e indicativo para calcular el índice de accesibilidad geográfica para la ciudad. En dicho estudio se definieron los siguientes factores para el índice de accesibilidad global:

Tabla 2. Factores de la accesibilidad en Bogotá D. C.

Factores	Características de los factores	Pesos de accesibilidad
Factor 1	(Accesibilidad a infraestructura de escala zonal): está caracterizado por interrelacionar la cercanía a centros comerciales, atractivos turísticos, universidades, hoteles y EPS, los cuales son equipamientos de escala zonal en la ciudad.	23%
Factor 2	(Accesibilidad a infraestructura de escala local): interrelaciona la cercanía a infraestructura de oferta social (juntas de acción comunal), parques de bolsillo, rutas del SITP, colegios oficiales e IPS, los cuales son amenidades con una escala más local para los ciudadanos.	17%
Factor 3	(Accesibilidad auto-reportada): aglomera gran parte de las variables subjetivas de accesibilidad como el tiempo reportado de los viajes al sitio de trabajo, a la IPS más cercana, a los bancos, así como la calidad de la vía de acceso a las viviendas.	13%
Factor 4	(Accesibilidad a escala intermedia [zonal-local]): está caracterizado por relacionar las distancias respecto a parques vecinales, malla vial arterial, estaciones de policía o infraestructura de seguridad y relaciona la calidad reportada de los andenes.	11%
Factor 5	(Accesibilidad a naturaleza): se combina el tiempo reportado para llegar a zonas verdes y parques, así como la distancia a cuerpos de agua.	9%

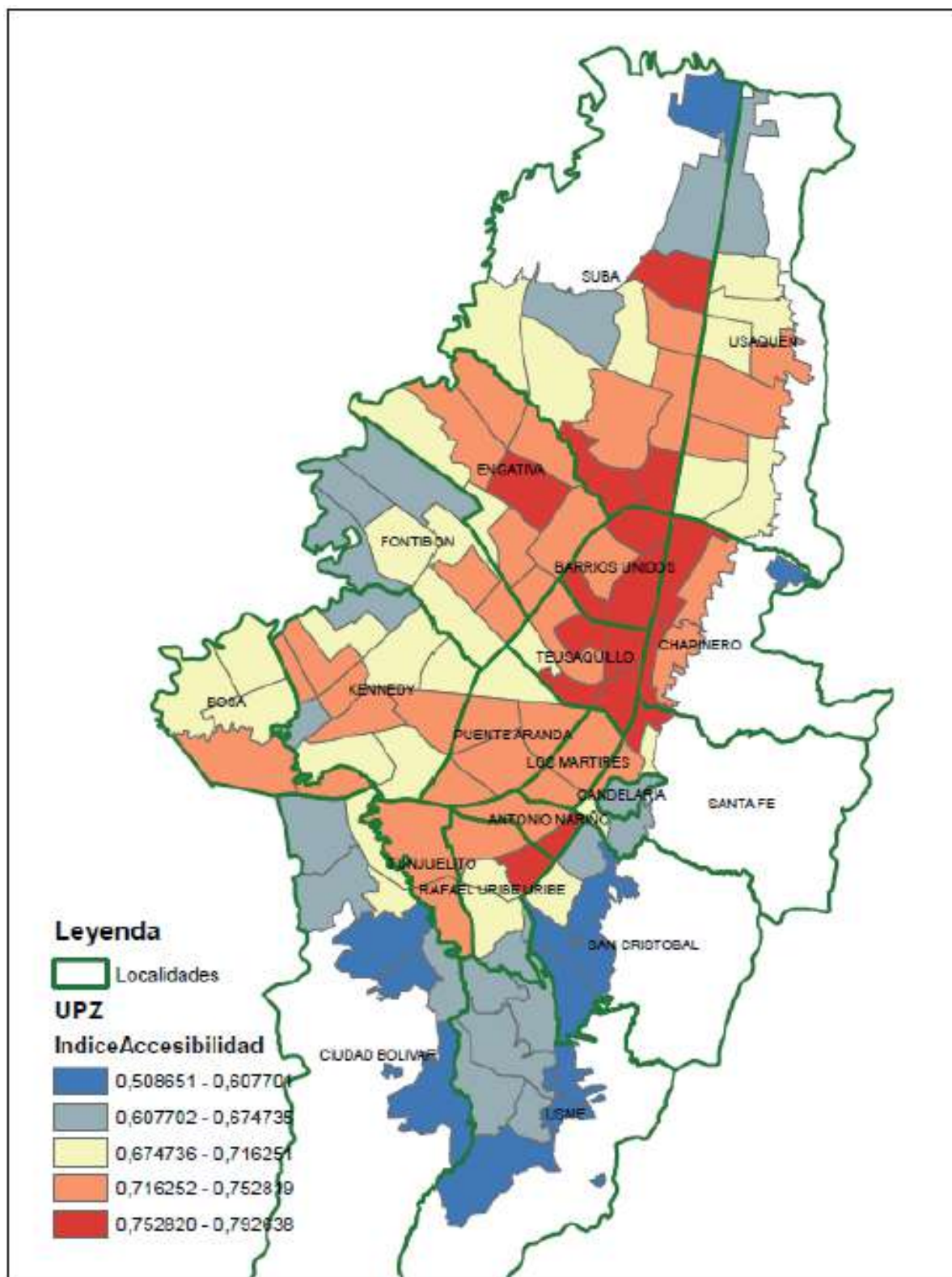
Factores	Características de los factores	Pesos de accesibilidad
Factor 6	(Accesibilidad a Transmilenio): se mezcla la medida objetiva de la distancia a la estación más cercana de Transmilenio, contra el número reportado de medios de transporte utilizados para llegar al lugar de trabajo. Resulta interesante que la accesibilidad a Transmilenio haya resultado en un indicador independiente del factor 2.	9%
Factor 7	(Accesibilidad a clubes o parques zonales): relaciona la cercanía a parques de grandes extensiones (zonales) y a clubes.	8%

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación, Cálculo del índice de accesibilidad para la ciudad de Bogotá D.C. Tomado de http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/OrdenamientoTerritorial/EconomiaUrbana/Estudios/accesibilidad_07-03-2017.pdf

Según la Secretaría Distrital de Planeación -SDP- (2015), los datos de accesibilidad de la ciudad de Bogotá muestran que las unidades de planeamiento con mejores indicadores en el tema son: 1) La Alambra, 2) Galerías, 3) Boyacá Real, 4) Chicó Lago y 5) Chapinero. En general, las UPZ con mejores índices de accesibilidad tendieron a concentrarse en las localidades de Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo. En contraparte las UPZ con resultados relativamente bajos son: 1) Guaymaral, 2) Monteblanco, 3) Los Libertadores, 4) San Isidro-Patios y 5) San Blas. Finalmente, las UPZ con baja accesibilidad están aglomeradas en las localidades de San Cristóbal, Usme y Ciudad Bolívar. El mapa a continuación representa espacialmente por UPZ la distribución del índice de accesibilidad para el distrito capital para el año 2015.

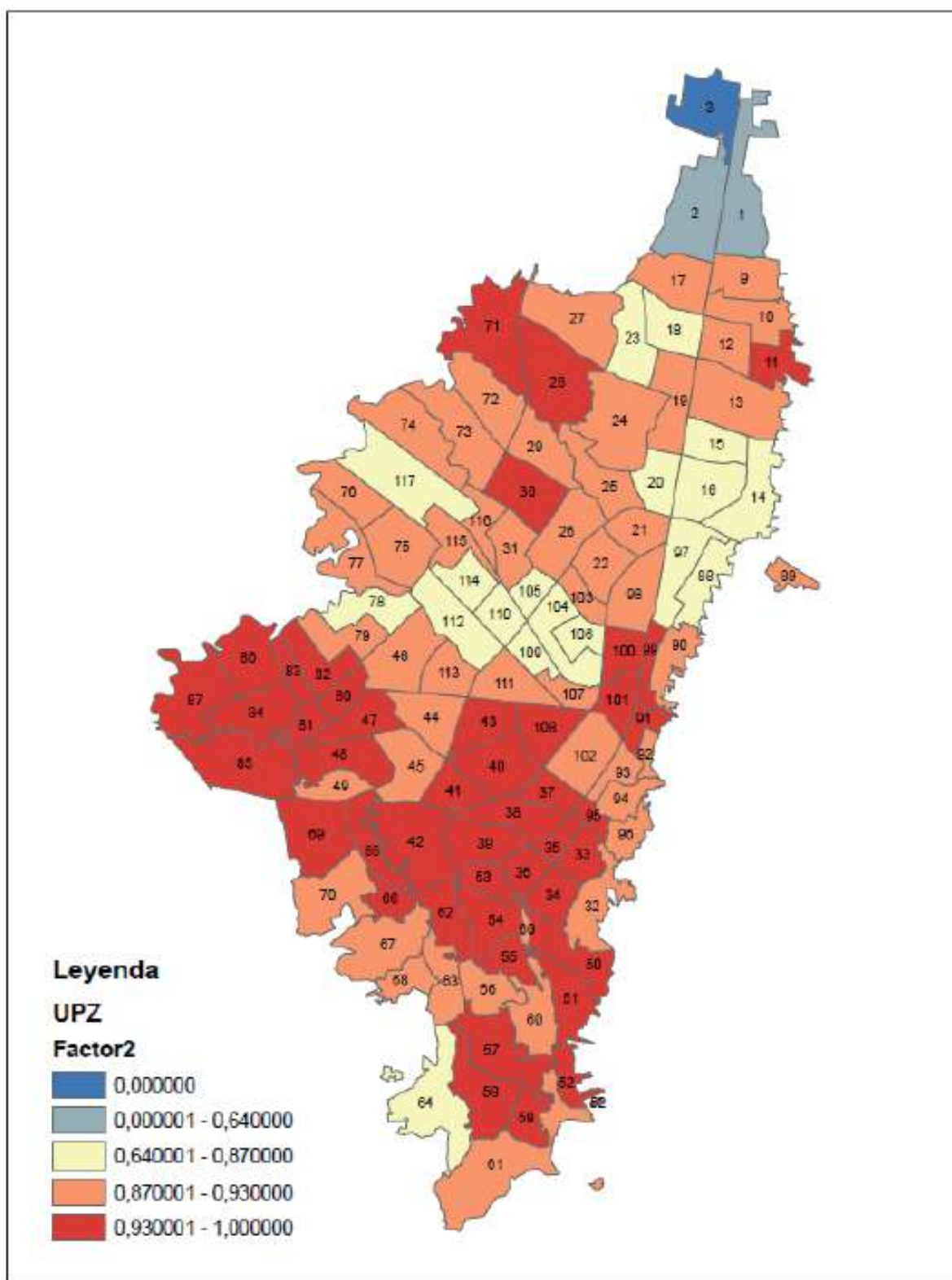
Al detenernos a analizar el factor de accesibilidad de la infraestructura a escala local, donde entraría la red adscrita a la secretaría distrital de salud, se observó con base en la información aportada por la SDP que localidades como Bosa, San Cristóbal, Usme, Puente Aranda, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar concentran índices de accesibilidad deficientes.

Mapa 5. Índice global de accesibilidad por UPZ



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación, Cálculo del índice de accesibilidad para la ciudad de Bogotá D.C. http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/OrdenamientoTerritorial/EconomiaUrbana/Estudios/accesibilidad_07-03-2017.pdf

Mapa 6. Accesibilidad a infraestructura local por UPZ



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación, Cálculo del índice de accesibilidad para la ciudad de Bogotá D.C. http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/OrdenamientoTerritorial/EconomiaUrbana/Estudios/accesibilidad_07-03-2017.pdf

El Estudio de accesibilidad geográfica de la Secretaría Distrital de Planeación (2015) pone de manifiesto la necesidad de la ciudad para contar con un mayor acervo de estadísticas en ámbitos más locales como las UPZ. A pesar de que en este estudio se totalizaron indicadores por UPZ, vale la pena aclarar que estas cifras son indicativas, pues no se cuenta con la robustez necesaria para hacer inferencia estadística en este dominio pues en algunos casos, la muestra por UPZ no es tan amplia.

1.1.4.1. TransMilenio

En 1998 se inició la construcción del denominado Sistema de Transporte Masivo del Tercer Milenio “TransMilenio” y en el 2000 entró en funcionamiento. Compuesto de vehículos articulados, que además dispone de servicios “alimentadores” a los barrios periféricos y los municipios metropolitanos. El sistema cuenta con 135 estaciones a lo largo de 11 zonas, y se calcula que 1.700.000 personas lo usan a diario.⁸⁵ Esta red cuenta con servicio de ciclo-parqueo, que no tiene costo adicional.

Desde su implementación, el sistema resultó ser una opción positiva para la ciudad en términos de movilidad y las personas lo aceptaron de manera positiva. Sin embargo, la percepción por parte de los usuarios ha venido cambiando debido a las condiciones del servicio (Cortés Pedraza, 2015).

En el estudio “La Accesibilidad al Sistema Transmilenio: La perspectiva de los usuarios, se encontró que el porcentaje de usuarios que manifestaron que el servicio había empeorado paso de un 33 % a un 71 % entre los años 2012 al 2013. En este mismo sentido, del 2014 al 2015 se redujo el porcentaje de usuarios que manifestaron ser leales con el sistema, pasando del 70,10% a un 51,4 % (Cortés Pedraza, 2015). En dicho estudio la accesibilidad a transmilenio fue abordada desde los componentes físicos, el sistema de Información, la operación del sistema, y las características culturales.

El análisis de los componentes físicos de accesibilidad a transmilenio, expone la percepción de los usuarios con relación a la infraestructura de acceso al sistema, el ingreso a la estación, el desplazamiento dentro de la estación y el ingreso a los buses, haciendo referencia a las características físicas del sistema.

Dentro de lo encontrado, la ubicación de las estaciones con relación a los puntos de origen o destino de los usuarios representan una dificultad en el acceso al sistema. Las estaciones están ubicadas entre 500 y 700 metros aproximadamente sobre los corredores exclusivos (Cortés Pedraza, 2015).

El Sistema cuenta con puentes peatonales con rampa, los cuales permiten el desplazamiento de todos los usuarios, especialmente de personas en silla de ruedas. Sin embargo los resultados de la percepción de usuarios en sillas de ruedas, sugiere que las características de los puentes peatonales como el material del piso, la inclinación de las rampas y la longitud dificultan el acceso de los usuarios. En cuanto a la población invidente su accesibilidad dentro de las estaciones y puentes peatonales también presenta dificultades ya que

se manejan diferentes tipos adoquines, materiales y texturas en los pisos de las diferentes estaciones. Al no estar estandarizado hace que la población invidente se desubique con facilidad (Cortés, 2015).

1.1.4.2. Malla vial

De acuerdo con el Observatorio de Estudios Urbanos de Bogotá, la malla vial es un sistema de interconexión de cuatro mallas jerarquizadas de acuerdo a sus características funcionales en materia de centralidad, volumen de tránsito, y conectividad entre las mismas. De acuerdo con la clasificación del DAPD.

Las vías de mayor importancia de entrada y salida de la ciudad son las siguientes:

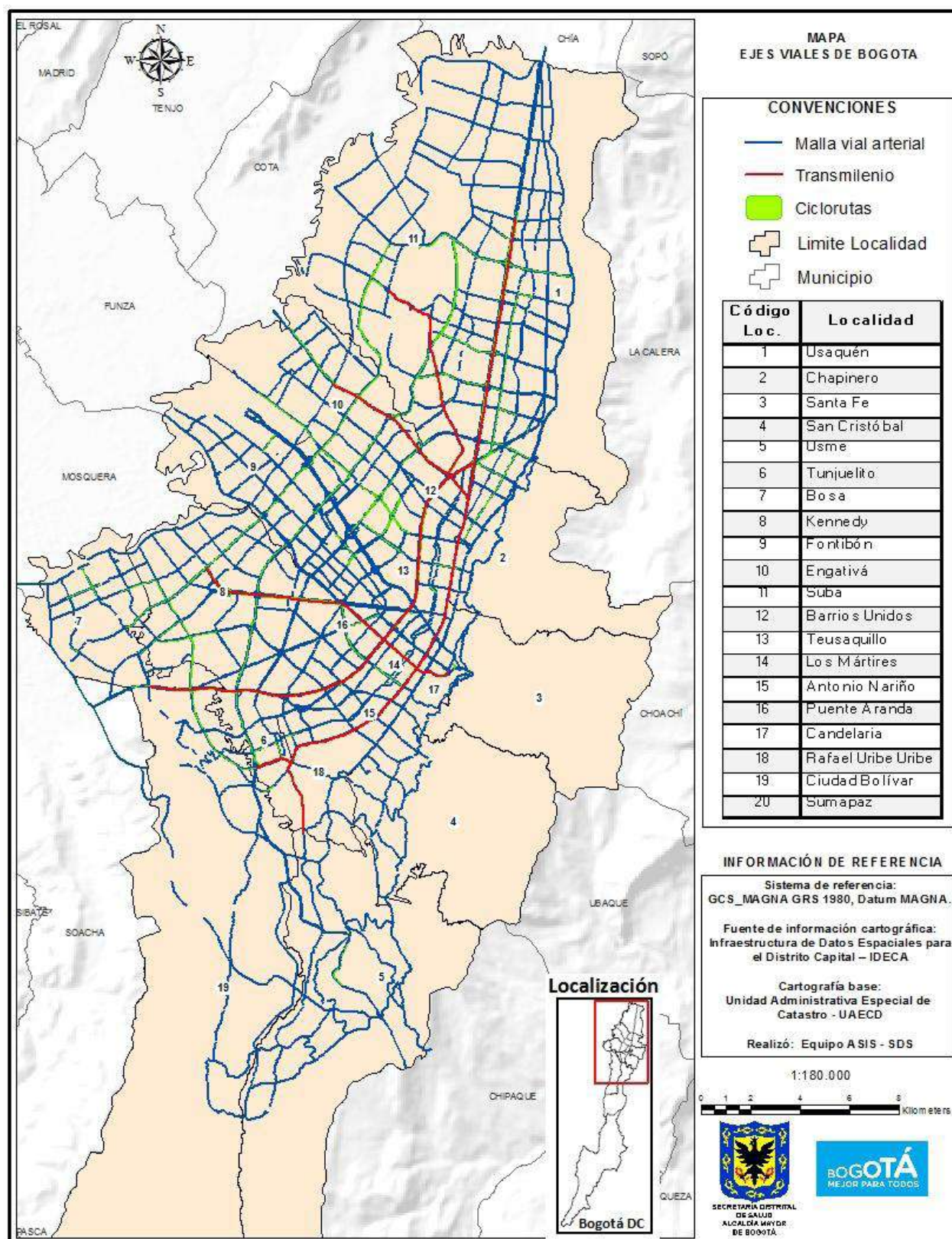
- Hacia el norte, Autopista del Norte y carrera Séptima: rutas con destino a Boyacá y Santander.
- Hacia el sur: Avenida Boyacá, Avenida 68 y Autopista del Sur: hacia Tolima, Huila, Eje Cafetero, Valle del Cauca y Cauca.
- Hacia el occidente: Calle 13, calle 80, Autopista a Medellín: a Caldas, Antioquia y la Costa Atlántica.
- Hacia el suroriente: Avenida Boyacá: Villavicencio y los Llanos Orientales.

Dichas vías constituyen un sistema interconectado de cuatro mallas jerarquizadas de acuerdo a sus características funcionales en materia de centralidad, volumen de tránsito, y conectividad entre las mismas. De acuerdo con la clasificación del DAPD, se distingue:

- Malla arterial principal (V1): Es la red de vías de mayor jerarquía que actúa como soporte de la movilidad y accesibilidad metropolitana y regional.
- Malla arterial complementaria (V2): articula operacionalmente a la malla vial principal y la malla vial intermedia; permite la fluidez del tráfico interior de los sectores conformados por la malla vial principal y determina la dimensión y forma de la malla vial intermedia, la cual se desarrolla a su interior. Esta malla es de soporte básico para el transporte privado y para las rutas alimentadoras de los sistemas de transporte masivo.
- Malla vial intermedia (V3): Está constituida por una serie de tramos viales que permean la retícula que conforman las mallas arterial principal y complementaria, sirviendo como alternativa de circulación a éstas. Permite el acceso y la fluidez de la ciudad a escala zonal.
- Malla vial local (V4): Está conformada por los tramos viales cuya principal función es la de permitir la accesibilidad a las unidades de vivienda.

El mapa a continuación representa dicho sistema:

Mapa 7. Ejes viales de Bogotá D. C. 2015



Fuente: Grupo ASIS. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2016

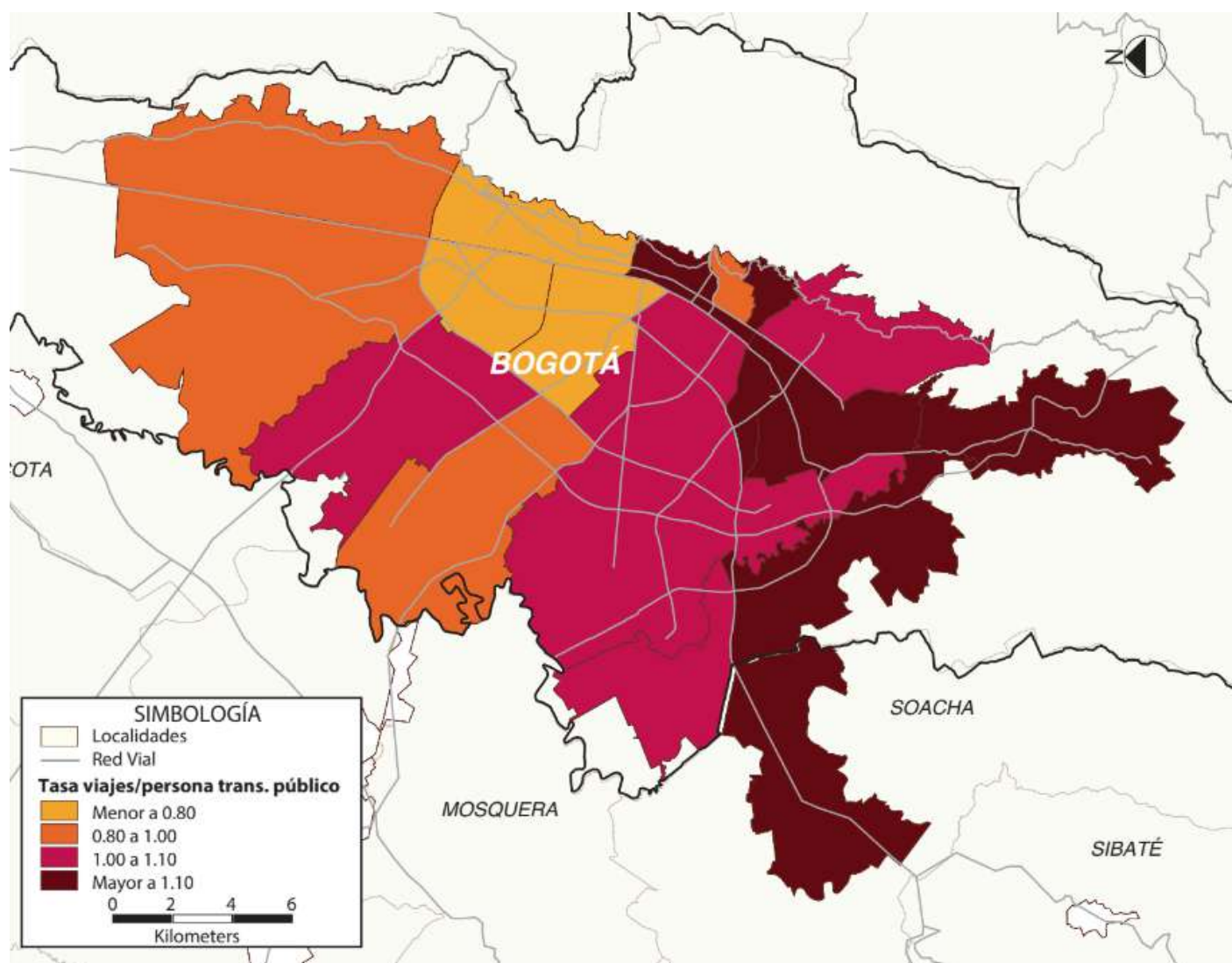
Adicionalmente, el 57 % de los 15.556 km-carril de malla vial de Bogotá está en mal o regular estado. Los 38 millones de m² de espacio público y 440 km de ciclo-rutas no cumplen las condiciones requeridas para la circulación segura del peatón y bici-usuario.

Con cerca del 40 % de los viajes al interior de Bogotá, el transporte público masivo, colectivo e individual, es una de las formas más importantes de movilización de la ciudadanía. Es la columna vertebral de las actividades económicas y de la calidad de vida de la ciudad. Actualmente, se compone del Sistema Integrado de Transporte Público (SITP): componentes zonal, alimentador y troncal, el Transporte Público Colectivo (TPC) y el servicio de transporte público individual (Secretaría de movilidad, 2015).

La malla vial es usada por un complejo automotor compuesto por un total de 1.358.045 vehículos, con una tasa de motorización de 160,70 vehículos por cada 1.000 personas con más de 5 años de edad. En las localidades como Usme, Bosa y Ciudad Bolívar existe un vehículo por cada 4 hogares, mientras que Chapinero presenta un vehículo por hogar, según datos de la encuesta de movilidad urbana 2015 (Secretaría de movilidad, 2015).

La misma encuesta señala que mientras en el 2011 en promedio, el 91 % de los viajes en transporte público (Transmilenio, SITP-TPC y taxi) se realizaban en una etapa, en el 2015 este valor se mantiene en el 93 %. Situación contraria se observa en los medios no motorizados (peatón y bicicleta) cuyo promedio de viajes en una sola etapa pasa de 74 %, en el 2011, a 71 % en el 2015.

Para el año 2015 el total de viajes, es de 15.275.312 y en el año 2011 fue de 13.207.947. Las mayores variaciones se presentan en los viajes peatonales que disminuyen su participación en un 4,7 % (133.142 viajes). Transmilenio, que aumenta su participación en un 3,68 % (795.796 viajes) y moto, pasa de una participación de 3,1 % a 5,45 % (421.691 viajes más). Paralelamente, en el análisis de tasa de viaje por persona, en función de su actividad y estrato socioeconómico, sobresale la búsqueda de trabajo y los pensionados del estrato 6 y las personas que estudian y trabajan del estrato 4.

Mapa 8. Plano tasa de viajes por persona y transporte público de Bogotá, 2015

Fuente: Encuesta de Movilidad 2015. Tomado de <http://movilidadbogota.gov.co/web/?q=node/1990>

De acuerdo con la Secretaría de Movilidad, en Bogotá existen 254.441 personas con algún tipo de limitación física que realizan un total de 295.594 viajes, equivalente a una tasa promedio de viaje de 1,23. En comparación con los resultados de la encuesta del 2011, se observa que estas personas mantienen la misma la tasa de viajes. Las variaciones más significativas se presentan en los estratos 4, con incremento de 0,55 viajes por persona, mientras los estratos 5 y 6 decrecen en 0,25 y 0,36 respectivamente.

El tiempo promedio de viaje de las personas de Bogotá y los 17 municipios vecinos es de 56,09 minutos, siendo los viajes de Soacha y la localidad de Bosa los de mayor duración, con valores promedio de 70,38 min, mientras en los demás municipios y la localidad de La Candelaria la duración de los viajes es de 45 min en promedio. Los mayores tiempos de viaje se registran en aquellos medios que implican caminatas y cambio de vehículo o trasbordo de rutas, mientras los menores corresponden a los viajes en medios no motorizados.

La movilidad en Bogotá presenta inconvenientes como escasez de vías y andenes aptos para toda la ciudadanía. Los niños, adultos mayores y personas en condición de discapacidad tienen serias dificultades para moverse sin obstáculos y de manera segura. Los bici-usuarios, automovilistas y motociclistas están expuestos a conflictos que emergen por un pobre diseño, mantenimiento y rehabilitación de las vías, ciclo-rutas y andenes. Hay gran cantidad de huecos, ondulaciones y discontinuidades que contribuyen a la congestión y accidentalidad (Contraloría de Bogotá, 2017).

Según la encuesta de movilidad 2015 deja ver que el uso de la bicicleta en Bogotá es más cotidiano en el estrato 6 que en los demás. Es así como el porcentaje de movilización en bicicleta es del 25,13 % en promedio en el estrato 6, mientras en los estratos 2 y 3 estos porcentajes son 11,61 % y 12,11 %. La relación de uso de la bicicleta en mujeres es 3 veces menor que en hombres y quienes más la utilizan se encuentran entre los 15 y 44 años de edad.

1.1.5. Panorama de Riesgos en Salud Pública

Por su localización, Bogotá se encuentra sujeta a procesos naturales que pueden incidir en la salud de la población, como el clima frío, el régimen de lluvia, los deslizamientos e inundaciones propias de las zonas de montaña y humedal. Sin embargo los procesos productivos generados por las formas de acción y orden social, transforman los procesos propios de la naturaleza y agudizan los patrones de riesgo.

La expansión de la urbanización (en zonas de pendiente e inundación), el sistema de transporte basado en hidrocarburos y la industria, son formas características de producción social del espacio incidentes en procesos naturales como el clima. Como se afirmó anteriormente, dentro de los pronósticos de variabilidad climática para Bogotá, habrá un aumento en la precipitación que puede incidir en los patrones de riesgo por inundación, movimientos en masa y el riesgo tecnológico.

El panorama de conocimiento y reducción de riesgos en salud pública del año 2017, da cuenta del comportamiento del riesgo que caracteriza cada una de las localidades que conforma al Distrito Capital, dando énfasis en los riesgos que los eventos socio ambientales acarrearán en la salud de los habitantes de Bogotá D. C.

Por lo anterior, este documento constituye una herramienta de consulta y análisis para diferentes actores que convergen en la toma acertada de decisiones a nivel local frente al protocolo para la atención de emergencias ambientales y sociales, de tal forma que desde el componente en salud pública permita de acuerdo a las competencias tener intervenciones concretas frente a una respuesta acorde a los requerimientos de la comunidad afectada.

En ese contexto, a continuación por cada una de las localidades, se describen los hallazgos y/o resultados de la caracterización realizada por los profesionales de los Equipos ERI, en cada una de ellas, frente al conocimiento y reducción de riesgos socio ambientales:

Localidad Bosa

Rebosamiento y encharcamientos (se encuentran como otros no especificados debido que en el sistema interno no cuenta con la opción de rebosamiento); la localidad de Bosa cuenta con varios canales y los ríos Tunjuelito y Bogotá, adicionalmente teniendo en cuenta el registro histórico de emergencias reportadas en la localidad de Bosa por parte de la hemeroteca de emergencias de Bogotá, la mayor cantidad de eventos corresponde a inundaciones.

Respecto a los efectos en salud por incendio; no ha sido necesario la activación de salud pública por parte de las entidades de primera respuesta, en este caso el cuerpo oficial de bomberos, si se observa en base del Instituto Distrital para la Gestión del Riesgo y Cambio Climático eventos relacionado a incendios, por tanto éste debe ser considerado como un riesgo presente en la localidad.

Localidad Fontibón

Los eventos tecnológicos como incendios e intoxicaciones han sido una preocupación permanente en los últimos años en los diferentes espacios locales en temas relacionados a la Gestión de Riesgo como el Consejo de Gestión de Riesgo y Cambio Climático – CLGR-CC anteriormente denominado Comité Local de Emergencias – CLE; razón por la cual se propone un estudio de los riesgos existentes en la localidad por eventos tecnológicos, allí se espera conocer gran parte del sector industrial, aspectos que conlleven a tener un panorama más amplio de ubicación, insumos, riesgos y demás información.

En cuanto al ecosistema acuático de la localidad, para los últimos años se ha presentado una disminución significativa de los encharcamientos e inundaciones, esto gracias a las obras de ampliación del caudal del Río Bogotá por parte de la Corporación Autónoma Regional – CAR; sin embargo, la amenaza será permanente por la composición de la localidad, ya que en algunos sectores el nivel del río puede estar por encima del nivel del suelo de un barrio.

Localidad Puente Aranda

Puente Aranda es conocida como la localidad industrial de Bogotá y esto implica un aspecto importante frente a los riesgos que se generen por dichas características, dos eventos son los que con mayor frecuencia se presenta en la localidad, las intoxicaciones por sustancias químicas y los efectos en salud por incendio. La primera con la complejidad de manejar un sin número de sustancias químicas aumentando el factor de riesgo de la población.

Se considera los incendios como aspecto a vigilar detalladamente, aunque no en todos los casos la intervención de salud pública es requerida, debe existir alguna serie de requisitos para evaluar si es o no pertinente la participación del Equipo de Respuesta In-

mediata de Vigilancia en Salud Pública. Es importante establecer criterios para generar un posicionamiento de las entidades de primera respuesta y garantizar una atención oportuna, también poder socializar a la población las recomendaciones a tener en cuenta para este tipo de eventos.

Localidad Kennedy

La localidad de Kennedy es una de las más pobladas del distrito, el total de la localidad es de 3855.45 hectáreas de las cuales el 98.1% es área urbana y 1.8 % es área rural. De acuerdo a lo anterior y teniendo presente los riesgos priorizados: encharcamientos, efectos en salud por incendios e intoxicaciones, se convierte en una potencial amenaza en salud pública debido al número de personas expuestas a cada uno de los riesgos descritos.

Eventos como presencia de residuos hospitalarios en vía pública, que si bien se evidenciaron dentro del período en estudio, no generan afectación en persona o vivienda, se requiere que sean manejados por las autoridades en materia ambiental, como son la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos y la Secretaría Distrital de Ambiente.

Localidad Usme

Con relación a los escenarios de riesgos Avenida Torrencial y Creciente Súbita, pueden estar asociados principalmente a la falta de cultura ciudadana, sentido de pertenencia y adherencia a políticas ambientales por parte de la comunidad. En algunos barrios con asentamientos ilegales se evidencia este tipo de contaminación debido a construcciones en sectores con condiciones mínimas de habitabilidad que no cuenta con acceso vehicular para una adecuada recolección de residuos sólidos como servicio público.

Localidad Tunjuelito

Se observa alta disposición de residuos sólidos derivados de las actividades industriales de la zona (Curtiembres), se encuentran puntos de acumulación de residuos ordinarios sobre el talud del río, adicionalmente se observa un punto con disposición de llantas de gran tamaño sobre la ronda del río. Se identifican dos cambuches uno dentro del talud del río, y otro en la zona de ronda; se observa un proceso de invasión en el punto de intersección entre el río y la av. Boyacá, SDIS, se debe encargar de identificar el tipo de población presente en la invasión.

Se evidencia riesgo asociado a encharcamiento, avenida torrencial y creciente súbita, por los mismos motivos expuestos en la localidad de Usme. Potencialmente, presencia de residuos sólidos en canales y construcción desmedida de predios en sectores que no son adecuados para vivir.

Localidad Sumapaz

En el contexto ambiental, la mayor amenaza presente es la posibilidad de utilizar el recurso hídrico que abunda en la localidad, como insumo para extracción de petróleo, extracciones mineras y demás.

Localidad Ciudad Bolívar

No se puede afirmar con certeza el grado de afectación en salud de las comunidades aledañas al RSDJ, sin embargo se tiene un estudio "Evaluación del Impacto del Relleno Sanitario Doña Juana en la Salud de Grupos Poblacionales en su Área de Influencia". Este es un estudio de cohortes que evaluó el impacto del RSDJ en la salud de los grupos poblacionales vulnerables que viven en su área de influencia y mostró algunos efectos negativos sobre la salud de los niños y los adultos mayores.

Localidad Suba

Se observó una concordancia de los eventos de intoxicación en temporadas de vacaciones, recreación, y fiestas en el distrito. Por otro lado se identifica una correspondencia entre la calidad del aire y las emisiones de humo de los incendios, teniendo en cuenta que una gran parte consiste en quemas a cielo abierto que es evitable y que está contenido en decreto 948 de 1995 como acción prohibida.

En el escenario de los encharcamientos, se identifica que de acuerdo a la política de Gestión del Riego las entidades adelantaron las obras y programas consistentes en la mitigación de los riesgos asociados a los desbordamientos de los ríos y canales. No obstante los encharcamientos siguen siendo un riesgo medio ya que están relacionados con la mala disposición de los residuos sólidos y el taponamiento de las tuberías y su capacidad.

Las principales zonas de riesgo ambiental y socio ambiental identificadas corresponden a las UPZ, Tibabuyes, El Rincón, Suba, El Pardo, La Academia, Guaymaral y La UPR, por su geomorfología, la presencia de ríos y canales caudalosos, la presencia de Humedales y su evidente deterioro, y alta demanda de servicios de líneas vitales como acueducto, alcantarillado, gas natural y servicios de recolección de residuos ordinarios, especiales y peligrosos.

Localidad Engativá

Los escenarios de gestión del riesgo enmarcados en la salud pública se evidencian particularidades demarcadas en el contexto social y económico de la población, así pues en el primer escenario trabajado (intoxicaciones) se presentan dos eventos que generan gran interés que son las intoxicaciones por medicamentos e intoxicaciones por otras sustancias

psicoactivas. Esto ya que la localidad de Engativá tiene diferentes escenarios y espacios que son utilizados para la realización de eventos culturales de carácter distrital y local, en los cuales aunque suele haber un control policivo para evitar el consumo de diferentes sustancias, suele haber un consumo de sustancias que puntualmente puede terminar en intoxicaciones.

Los dos escenarios siguientes (incendios - rebosamiento y encharcamientos) se enmarcan en las afectaciones a condiciones de vida de la población que habita la localidad, pues estos influyen en la presentación de enfermedades respiratorias (Enfermedad Similar a Influenza e Infección Respiratoria Aguda Grave) especialmente en menores de 5 años, mujeres gestantes y adultos mayores (60 años).

De los anteriores escenarios hay una influencia de factores antrópicos contaminación por fuentes fijas (industrias, fogatas, quemas forestales, quemas de residuos a cielo abierto) y móviles (vehículos), así como factores climáticos como el comportamiento de la precipitación, comportamiento de temperaturas y factores socio ambientales como la cultura de segregación y entrega adecuada de residuos, disposición de residuos en vía pública lo cual aumenta la posibilidad de colmatación de los sumideros y canales.

Localidad Teusaquillo

Los escenarios de gestión del riesgo enmarcados en la salud pública se evidencian particularidades demarcadas en el contexto social y económico de la población, así pues en el primer escenario trabajado (intoxicaciones) se presentan picos en el año, entre los más representativos se encuentran en los meses febrero – marzo, abril – mayo , agosto diciembre hasta la finalización del año, en este sentido estos hechos pueden tener relación en factores externos como: la cantidad representativa de UPGD que existen en la localidad, pues hace que se tenga un mayor registro de todos los eventos de este tipo y con ello se minimiza la posibilidad de que la información generada por las intoxicaciones no se reporte. Los dos escenarios siguientes (incendios - rebosamiento y encharcamientos) se enmarcan en las afectaciones a condiciones de vida de la población que habita la localidad, pues estos influyen en la presentación de enfermedades respiratorias (Enfermedad Similar a Influenza e Infección Respiratoria Aguda Grave) especialmente en menores de 5 años y adultos mayores (60 años). De los anteriores escenarios hay una influencia de factores antrópicos contaminación por fuentes fijas (incendios forestales, incendios estructurales, incendios por empresas químicas) y móviles (vehículos), así como factores climáticos como el comportamiento de la precipitación, comportamiento de temperaturas y factores socio ambientales como la cultura de segregación y entrega adecuada de residuos, disposición de residuos en vía pública lo cual aumenta la posibilidad de colmatación de los sumideros y desbordamiento de canales y quebradas.

Localidad Chapinero

Las principales afectaciones en la localidad por inundaciones y encharcamiento son por taponamiento de las redes de alcantarillado con residuos sólidos, también se presenta desbordamientos de cauce por la gran variedad de quebradas de la localidad como la Quebrada Moraci, Quebrada el Chulo y Quebrada Las Delicias.

Localidad Rafael Uribe Uribe

Un punto crítico en la atención de eventos para la localidad Rafael Uribe Uribe, es la dificultad por parte de los organismos atención en lo referido a la movilidad, teniendo en cuenta que la localidad no cuenta con grandes vías arterias que faciliten la circulación y en otros casos la imposibilidad de acceder a ciertos barrios por la falta de acceso o vías limitadas.

Se recalca la importancia desarrollar diferentes estrategias de información en torno a la prevención de los incendios forestales y estructurales. Es importante que las diferentes estrategias de información se promuevan y sean efectivas, se traducirán en el desarrollo de prácticas responsables que disminuyan el riesgo de nuevos eventos.

En lo relacionado a los fenómenos de amenaza ruina, en diferentes sectores de la localidad se ha evidenciado la persistencia de esta situación, por las condiciones propias de la localidad ya que esta se ubica en zona de ladera, edificaciones antiguas y estas condiciones facilitan que se requieran procesos de evacuación, reubicación, reasentamiento y disminuir los escenarios de riesgo que en los diferentes sectores de la localidad. Es claro que estos escenarios de amenaza ruina persistan en otros sectores de la localidad por la existencia aun de gran cantidad de viviendas antiguas, otras tantas ubicadas en sectores de riesgo lo que presume que estas acciones de prevención, mitigación, reasentamiento y control.

Localidad Antonio Nariño

Se requieren intervenciones permanentes en la zona del río Fucha en lo relacionado a la invasión de esta ronda por cuenta de habitantes de calle y de la misma forma realizar seguimiento a los vertimientos que son arrojados a esta fuente hídrica a fin de identificar otras situaciones que aumenten el perjuicio sobre la misma.

Es importante intervenir los aspectos de seguridad y convivencia en el sector de entretenimiento del barrio Restrepo ya que derivado de un comportamiento inadecuado de la población pueden generarse situaciones de emergencia de mayor complejidad en este sector.

Localidad La Candelaria

El monitoreo frecuente de los posibles escenarios de riesgo ha permitido prevenir la ocurrencia de incendios forestales durante el resto del año 2016 y ha permitido la intervención oportuna en los eventos menores sin generar mayores impactos.

Se recalca la importancia desarrollar diferentes estrategias de información en torno a la prevención de los incendios forestales y estructurales. Es importante que las diferentes estrategias de información se promuevan y sean efectivas, se traducirán en el desarrollo de prácticas responsables que disminuyan el riesgo de nuevos eventos.

En lo relacionado a los fenómenos de amenaza ruina, en diferentes sectores de la localidad se ha evidenciado la persistencia de esta situación, por las condiciones propias de la localidad ya que esta se ubica en zona de ladera, edificaciones antiguas y estas condiciones facilitan que se requieran procesos de evacuación, reubicación, reasentamiento y disminuir los escenarios de riesgo que en los diferentes sectores de la localidad. Es claro que estos escenarios de amenaza ruina persistan en otros sectores de la localidad por la existencia aun de gran cantidad de viviendas antiguas, otras tantas ubicadas en sectores de riesgo lo que presume que estas acciones de prevención, mitigación, reasentamiento y control persistan de forma continuada en los escenarios que requieran el concurso de diferentes actores y entidades en el orden local y distrital.

Uno de los escenarios en el mediano y largo plazo para que la localidad de alguna forma resuelva sus escenarios de riesgo está marcado por los procesos de renovación urbana, que de poco se van empezando a dar en el sector, teniendo en cuenta la ubicación de la localidad y su importancia en los procesos de revitalización del centro de la ciudad.

Se ha venido fortaleciendo la capacidad de exigencia y cumplimiento por parte de los organizadores de eventos de aglomeraciones principalmente para los eventos que han tenido desarrollo en la Plaza de Bolívar. De la misma forma se han acompañado procesos de menor complejidad llevados a cabo por otras entidades y la misma comunidad de otros sectores de la localidad.

Localidad Santa Fé

A través de los espacios locales como el Consejo Local de Gestión del Riesgo se han venido abordando las temáticas de riesgo referenciadas previamente desde un enfoque preventivo respecto de los incendios forestales teniendo en cuenta los antecedentes de octubre de 2015 y febrero de 2016. Se han adelantado acciones preventivas desde Salud Pública a fin de comunicar correctamente los escenarios en salud y las medidas preventivas a lugar derivadas de la ocurrencia de estos incidentes.

En lo relacionado a los fenómenos de amenaza ruina, en diferentes sectores de la localidad se ha evidenciado la persistencia de esta situación, por las condiciones propias de

la localidad ya que esta se ubica en zona de ladera, edificaciones antiguas y estas condiciones facilitan que se requieran procesos de evacuación, reubicación, reasentamiento y disminuir los escenarios de riesgo que en los diferentes sectores de la localidad. Es claro que estos escenarios de amenaza ruina persistan en otros sectores de la localidad por la existencia aun de gran cantidad de viviendas antiguas, otras tantas ubicadas en sectores de riesgo lo que presume que estas acciones de prevención, mitigación, reasentamiento y control persistan de forma continuada en los escenarios que requieran el concurso de diferentes actores y entidades en el orden local y distrital.

Uno de los escenarios en el mediano y largo plazo para que la localidad de alguna forma resuelva sus escenarios de riesgo está marcado por los procesos de renovación urbanística, que de poco se van empezando a dar en el sector, teniendo en cuenta la ubicación de la localidad y su importancia en los procesos de revitalización del centro de la ciudad.

Localidad Los Mártires

A través de los espacios locales como el Consejo Local de Gestión del Riesgo se han venido abordando las temáticas de riesgo referenciadas previamente desde un enfoque preventivo respecto de los incendios forestales teniendo en cuenta los antecedentes de octubre de 2015 y febrero de 2016. Se han adelantado acciones preventivas desde Salud Pública a fin de comunicar correctamente los escenarios en salud y las medidas preventivas a lugar derivadas de la ocurrencia de estos incidentes.

Se recalca la importancia desarrollar diferentes estrategias de información en torno a la prevención de los incendios forestales y estructurales. Es importante que las diferentes estrategias de información se promuevan y sean efectivas, se traducirán en el desarrollo de prácticas responsables que disminuyan es riesgo de nuevos eventos.

1.2 Contexto Demográfico

Para el año 2017, la ciudad tiene 8.080.734 habitantes distribuidos en 20 localidades y 119 Unidades de Planificación Zonal (UPZ) con un área aproximada de 1636,63 kilómetros cuadrados que conforman el Distrito Capital; lo que representa una densidad poblacional aproximada de 4937 habitantes por kilómetro cuadrado. Es la mayor aglomeración de personas del país, superando por más del 21% a la segunda a nivel nacional, que corresponde al departamento de Antioquia.

Tabla 3. Población por localidad en Bogotá D. C. 2017

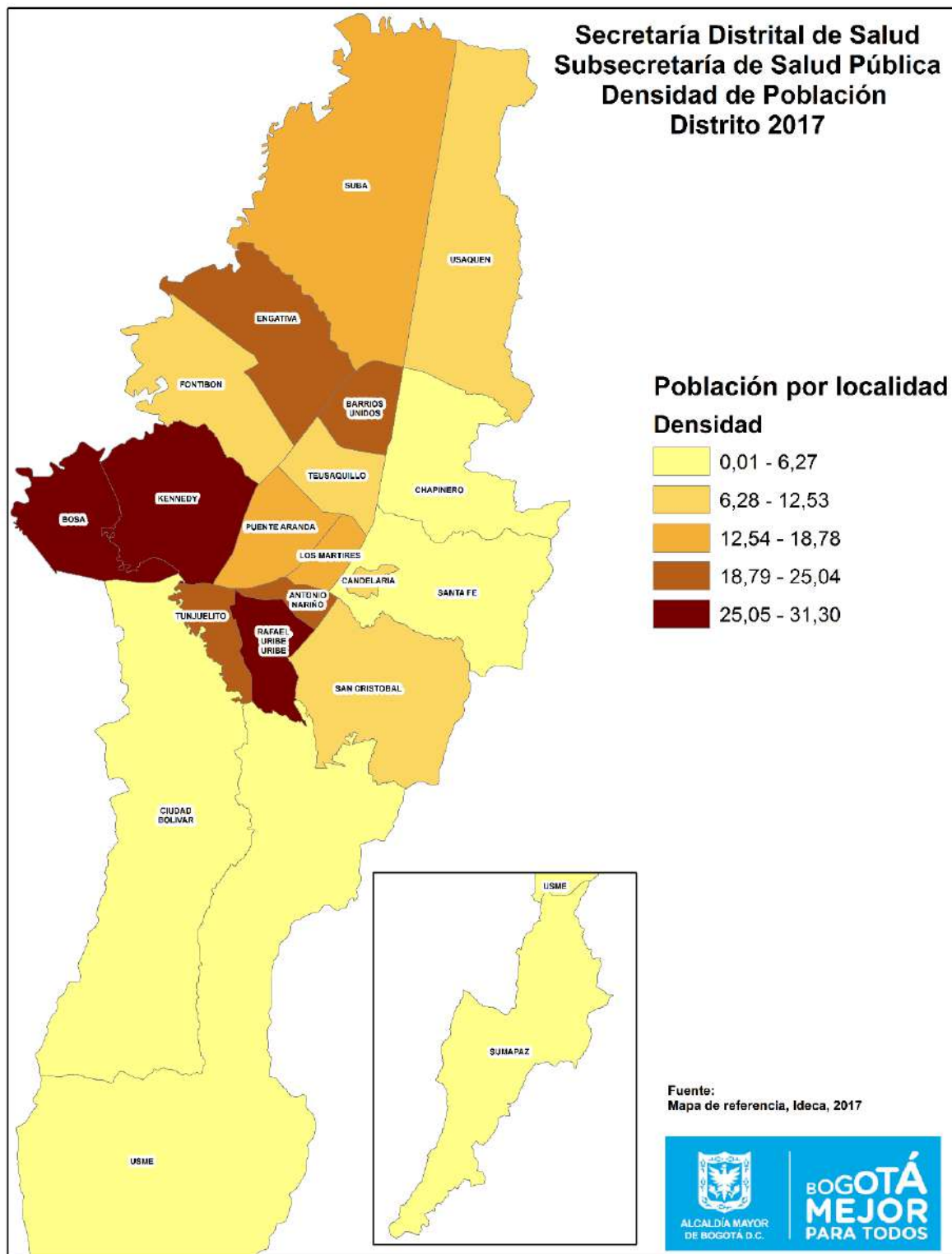
	Localidad	Total	Porcentaje
1	Usaquén	474.186	5,9
2	Chapinero	126.591	1,6
3	Santafé	95.201	1,2
4	San Cristóbal	394.358	4,9
5	Usme	340.101	4,2
6	Tunjuelito	187.971	2,3
7	Bosa	731.047	9,0
8	Kennedy	1.208.980	15,0
9	Fontibón	413.734	5,1
10	Engativá	878.434	10,9
11	Suba	1.282.978	15,9
12	Barrios Unidos	267.106	3,3
13	Teusaquillo	140.473	1,7
14	Los Mártires	93.716	1,2
15	Antonio Nariño	109.254	1,4
16	Puente Aranda	221.906	2,7
17	La Candelaria	22.438	0,3
18	Rafael Uribe	350.944	4,3
19	Ciudad Bolívar	733.859	9,1
20	Sumapaz	7.457	0,1
	Total	8.080.734	100

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación (SDP). Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No.69 Bogotá ciudad de estadísticas. Proyecciones de Población por Localidades para Bogotá 2016-2020. Notación: Densidad poblacional = (Población/Área)

Se observa que las localidades más pobladas son Suba (15,9 %) del total de la población de la ciudad), Kennedy (15 %) y Engativá (10,9 %).

En la actualidad no se dispone de información del número de viviendas y número de hogares por localidad para el periodo 2017. Sin embargo, la encuesta multipropósito 2014 para Bogotá D.C., estimó para este año un total de 2.437.996 hogares que habitaban en 2.381.129 viviendas, equivalente a una relación promedio de 1,03 hogares por vivienda. De otra parte, durante esa misma encuesta se estimó una relación promedio de 3,2 personas por hogar, y en las localidades Usme, San Cristóbal, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe y Bosa, se estimó una relación promedio de 3.54, 3.53, 3.51 y 3.46, personas por hogar, respectivamente.

Mapa 9 Densidad poblacional por localidad (habitantes por Km²). Bogotá. 2017



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación (SDP). Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No.69 Bogotá ciudad de estadísticas. Proyecciones de Población por Localidades para Bogotá 2016-2020. Notación: Densidad poblacional = (Población/Área). 1 hectárea = 0,01 Kilómetros cuadrados (Km²).

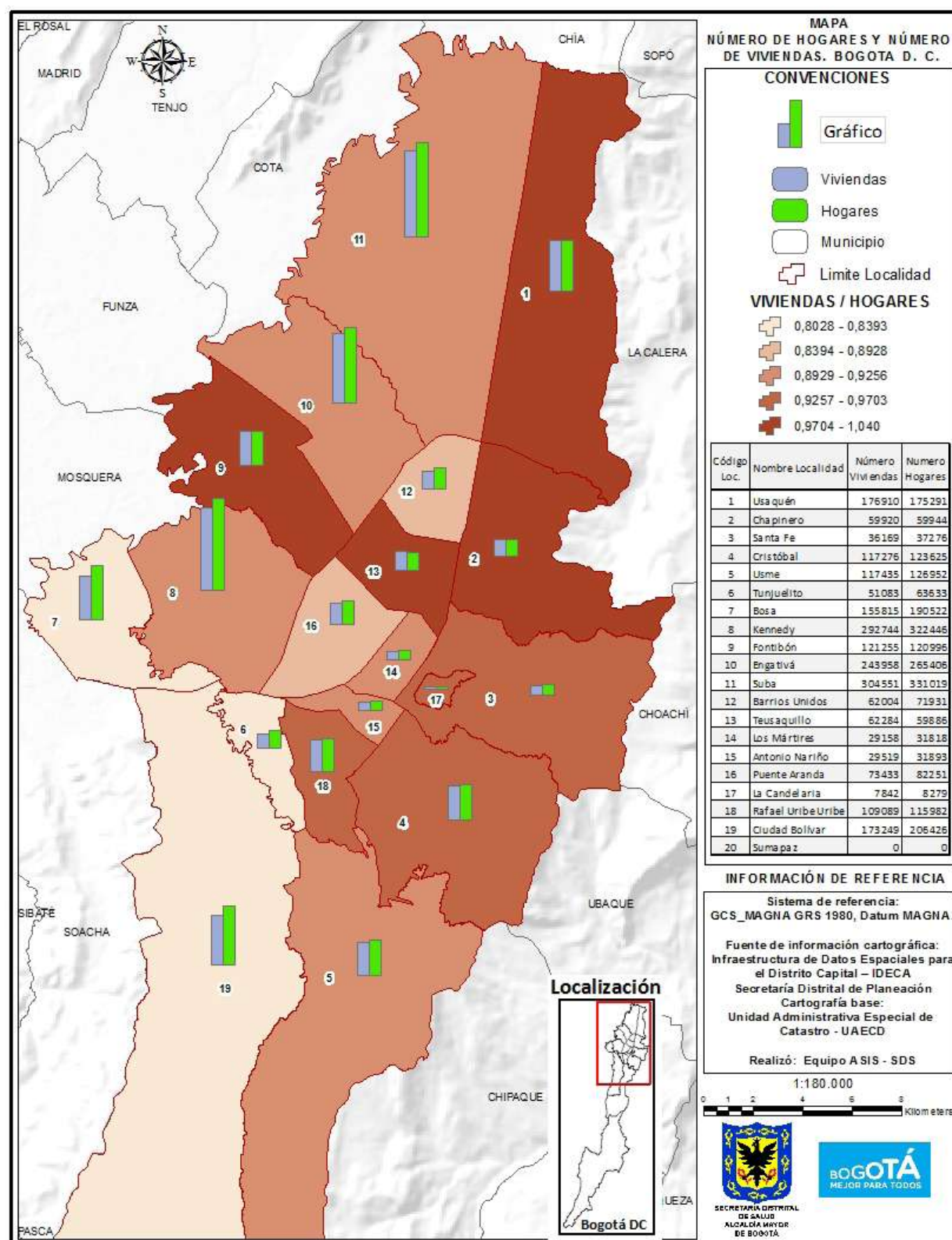
Con respecto al área de residencia, según las estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la población de Bogotá se encuentra concentrada casi en su totalidad en el área urbana con el 99,8 % del total de habitantes (7'963.379), mientras que el complementario 0,2 % (16.622) vive en área rural.

Tabla 4. Proyección de Población, Hogares y viviendas por localidad en Bogotá D. C. 2015

	Localidad	Población	Hogares 2015	% Hogares	Personas por hogar	Viviendas 2015	% Viviendas	Hogares / vivienda
1	Usaquén	494.066	176.009	7,0	2,8	178.145	7,4	0,99
2	Chapinero	137.870	59.356	2,4	2,3	59.390	2,5	1,00
3	Santa Fe	110.053	39.703	1,6	2,8	39.502	1,6	1,01
4	San Cristóbal	406.025	124.527	5,0	3,3	123.676	5,2	1,01
5	Usme	432.724	128.573	5,1	3,4	122.495	5,1	1,05
6	Tunjuelito	200.048	63.999	2,6	3,1	59.774	2,5	1,07
7	Bosa	646.833	189.290	7,6	3,4	168.632	7,0	1,12
8	Kennedy	1.069.469	326.408	13,0	3,3	315.975	13,2	1,03
9	Fontibón	380.453	127.562	5,1	3,0	127.557	5,3	1,00
10	Engativá	874.755	280.402	11,2	3,1	272.584	11,4	1,03
11	Suba	1.174.736	383.478	15,3	3,1	363.637	15,2	1,05
12	Barrios Unidos	240.960	73.503	2,9	3,3	67.589	2,8	1,09
13	Teusaquillo	151.092	60.621	2,4	2,5	63.045	2,6	0,96
14	Los Mártires	98.758	32.658	1,3	3,0	31.557	1,3	1,03
15	Antonio Nariño	108.941	32.423	1,3	3,4	31.893	1,3	1,02
16	Puente Aranda	258.414	83.381	3,3	3,1	81.209	3,4	1,03
17	La Candelaria	24.096	9.300	0,4	2,6	9.209	0,4	1,01
18	Rafael Uribe Uribe	375.107	116.318	4,6	3,2	115.464	4,8	1,01
19	Ciudad Bolívar	687.923	196.608	7,8	3,5	164.837	6,9	1,19
20	Sumapaz	6.460	1.818	0,1	3,6	1.959	0,1	0,93
	Total Bogotá D. C.	7.878.783	2.505.937	100	3,1	2.398.129	100	1,04

Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D. C., localidades Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) y Secretaría Distrital de Planeación (SDP) 2000-2015 de junio 13 del 2008.

Mapa 10 Distribución de población, hogares y viviendas por localidad y Unidad de Planificación Zonal (UPZ), Bogotá D. C. 2015



Fuente: Grupo ASIS. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2016

Con respecto a la población de Bogotá por etnias, poblaciones especiales y nivel de aseguramiento: en Bogotá el censo de población del año 2005 arrojó como resultado 6.778.691 habitantes, de quienes 15.032 (0.22 %) corresponden a población indígena, el pueblo ROM o gitano está conformado por 523 personas, mientras que los afrocolombianos ascienden a 97.885 (1.5 %) personas, siendo este último grupo étnico de mayor número en la población total de la ciudad. Estas poblaciones étnicas, suman casi un 2 % del total de la población de la Ciudad, esto significa un reconocimiento étnico de parte de ellos (tabla 4).

Tabla 5. Población por pertenencia étnica según sexo, Bogotá D. C. 2015

Población étnica	Población total	
	Mujeres	Hombres
Indígena	7.524	7.508
ROM (gitana)	288	235
Negro(a), mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	48.919	48.966
Total	3.297.200	3.594.931

Fuente: Datos tomados del Censo, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) 2005.

Según datos de la encuesta multipropósito para Bogotá del año 2014, a partir de una muestra no probabilística para grupos étnicos, donde se indagó sobre el auto-reconocimiento étnico de los entrevistados, se pudo establecer que el 42,4 % de las personas encuestadas se auto reconocieron como de etnias Negra, Mulata, o Afrodescendiente; un 20,9% indígena, el 19,4 % Mestizo(a)s, un 9,59% como Blancos, y en menores proporciones las etnias Raizal, ROM, y Palenquera, con porcentajes de auto reconocimiento respectivamente del 0,6 %, 0,4 %, y 0,5 %.

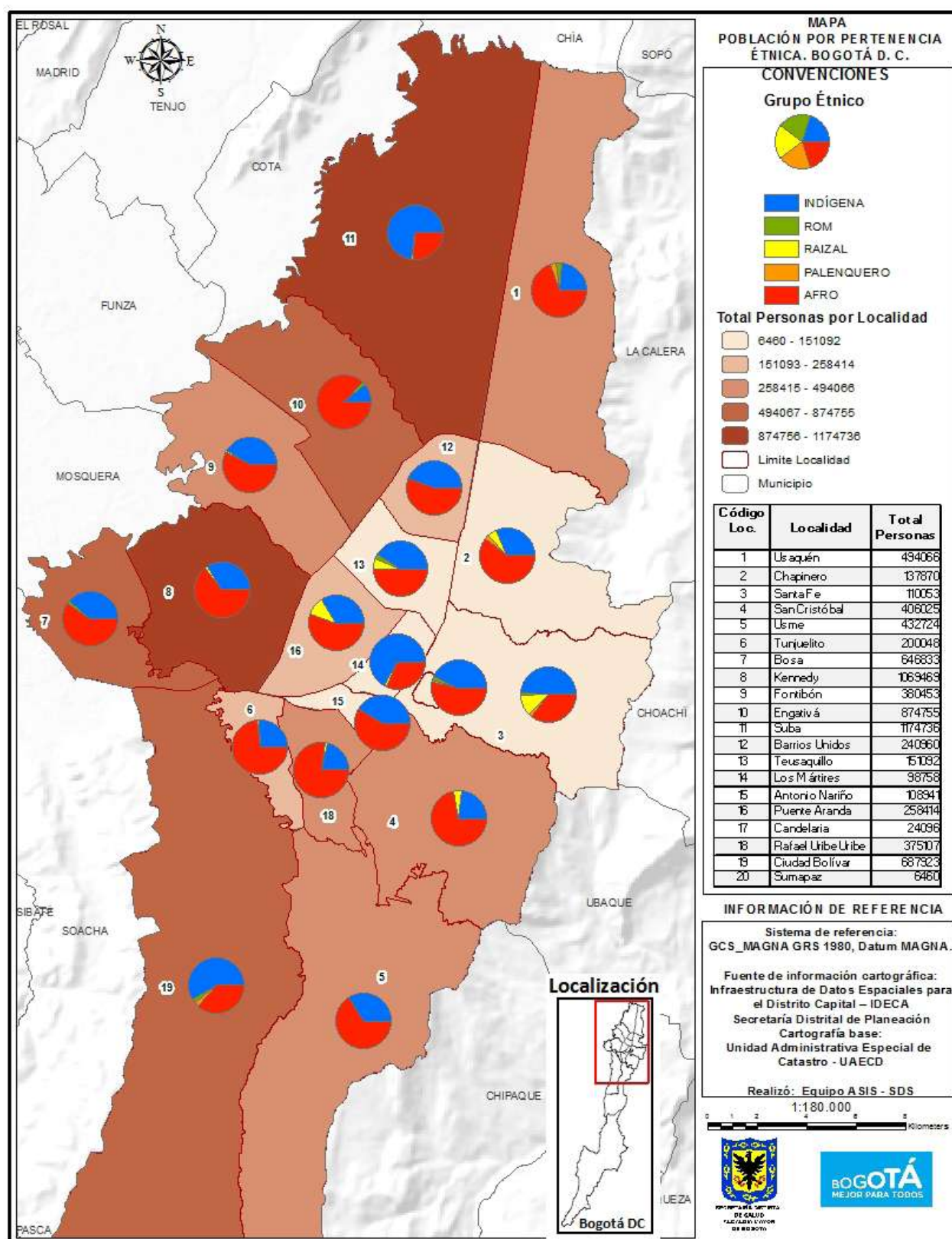
Tabla 6. Auto reconocimiento étnico Según Sexo en Bogotá D. C. 2015

Etnia	Sexo			Total
	Hombre	Mujer	Intersexual	
Indígena	370	321	0	691
Gitano (a) (ROM)	6	7	1	14

Etnia	Sexo			Total
	Hombre	Mujer	Intersexual	
Palenquero (a) de San Basilio	1	4	0	5
Negro (a), mulato (a) (afro descendiente)	689	710	3	1402
Mestizo (a)	302	336	2	640
Blanco (a)	125	192	0	317
De ninguno de los anteriores	93	123	0	216
Total	1597	1703	6	3306

Fuente: Datos tomados de la Encuesta Multipropósito para Bogotá, 2014

Mapa 11. Población por pertenencia étnica, Bogotá 2015

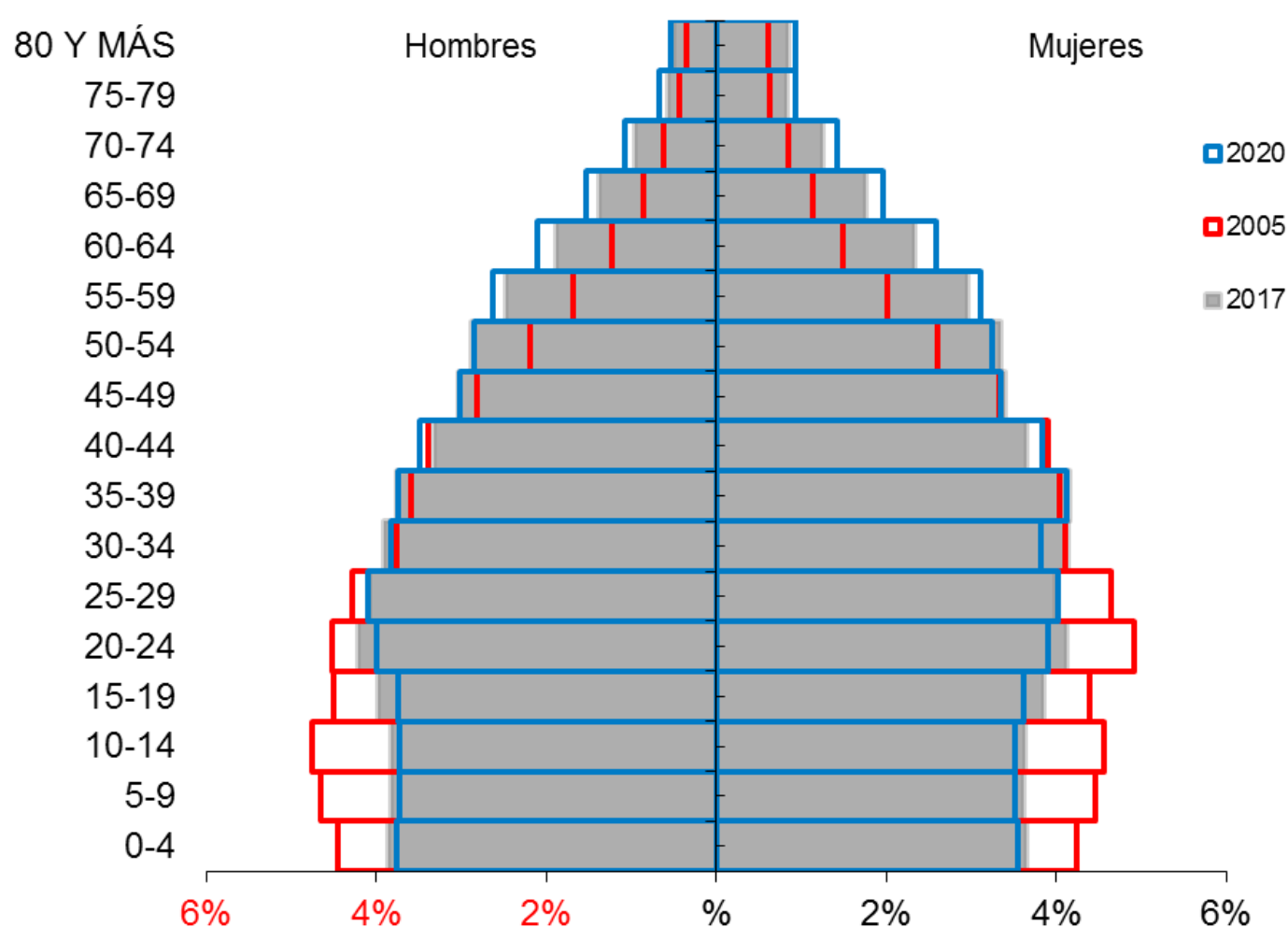


Fuente: Infraestructura de datos especiales para el distrito IDECA, Secretaría Distrital de Planeación

1.2.1. Estructura Demográfica

La pirámide poblacional de Bogotá, muestra que para 2017 pese a la disminución de población de los grupos de edad menores de 25 años y el aumento de la población de mayores de 25 años, la pirámide sigue siendo progresiva, es decir, se caracteriza por tener una base ancha y una finalización en forma de pico (forma triangular). Es propia de poblaciones jóvenes y con fuerte crecimiento, correspondiendo comúnmente a la distribución poblacional de países subdesarrollados.

Gráfico 2. Pirámide poblacional para Bogotá, 2005, 2017 y 2020



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Proyecciones de población. Bogotá, 2005, 2017, 2020

Las características de la pirámide poblacional de Bogotá comparadas entre los cortes de información, presentan una base cada vez más estrecha, indicando el descenso en el número de nacimientos; así mismo, la composición similar del cuerpo de la pirámide

a medida que se asciende en los grupos de edad y el estrechamiento en la cúspide, correspondiente a las edades avanzadas, el cual se observa menos marcado en el transcurso de los periodos analizados, se puede explicar por el aumento en la esperanza de vida y el descenso en las tasas de mortalidad y de fecundidad de la población de Bogotá.

1.2.1.1. Proyecciones de población por grupos de edades

El análisis de la proyección de población en función del ciclo vital, estima una disminución de cuatro puntos porcentuales en la proporción de habitantes del ciclo vital infancia, entre 2005 y 2017, aspecto que está relacionado con la disminución de la fecundidad y natalidad; mientras que la proyección de población del ciclo vejez estima un incremento de cuatro puntos porcentuales en su población de 2005 a 2017, que se relaciona con el aumento de la expectativa de vida y el aumento de las enfermedades crónicas.

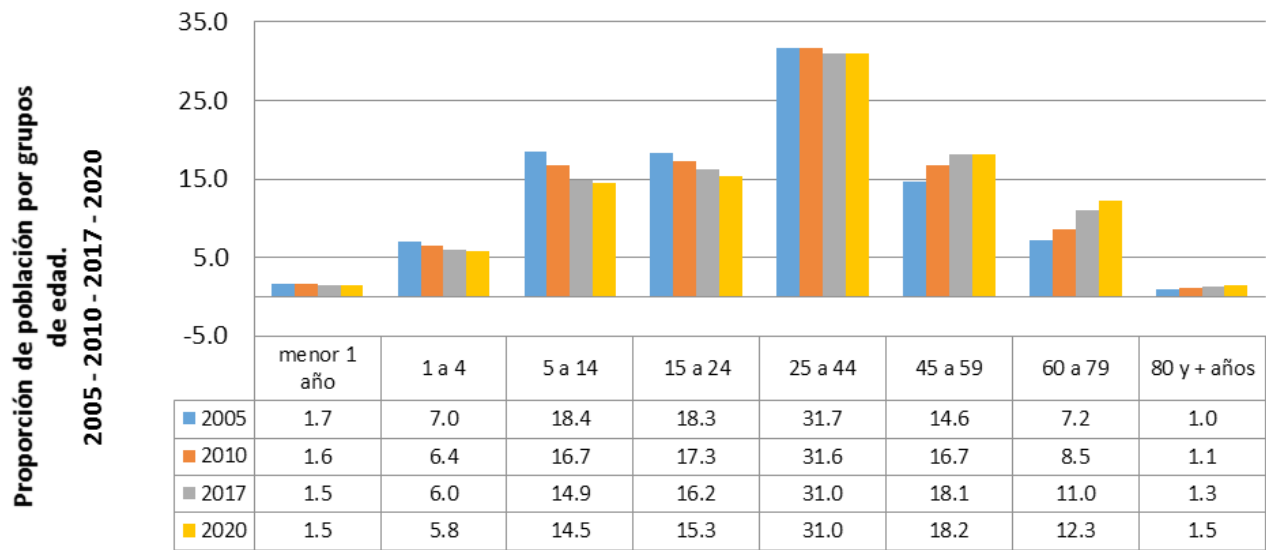
Tabla 7. Proporción de la población por etapa de ciclo vital en Bogotá D. C., 2005, 2010, 2017 y 2020

Etapa de Ciclo Vital	Años			
	2005	2010	2017	2020
Infancia (0 - 13 años)	25%	23%	21%	20%
Adolescencia (14 - 17 años)	7%	7%	6%	6%
Juventud ("18 – 24" años)	13%	12%	11%	11%
Adultez ("25 – 59" años)	46%	48%	49%	49%
Vejez (60 y más años)	8%	10%	12%	14%

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Estimaciones de Población 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020 Nacional, Departamental por sexo y edades simples de 0 a 24 años y por grupos quinquenales de edad (de 25 años en adelante).

En el análisis de los cambios de los grupos de edad, en las proyecciones poblacionales 2005 a 2020, en el periodo analizado 2005 a 2017, se observó que el grupo de 0 a 13 años, se estimó una disminución anual cercana a 4 puntos porcentuales. En el grupo de 18 a 24 años, se estimó una disminución progresiva de 2 puntos porcentuales en total, debido posiblemente a la constante disminución de la natalidad en Bogotá desde hace 25 años. En el grupo de 25 a 59 años se estimó un aumento de 3 puntos porcentuales en total, y en el grupo de 60 y más años se estimó un aumento de 4 puntos porcentuales.

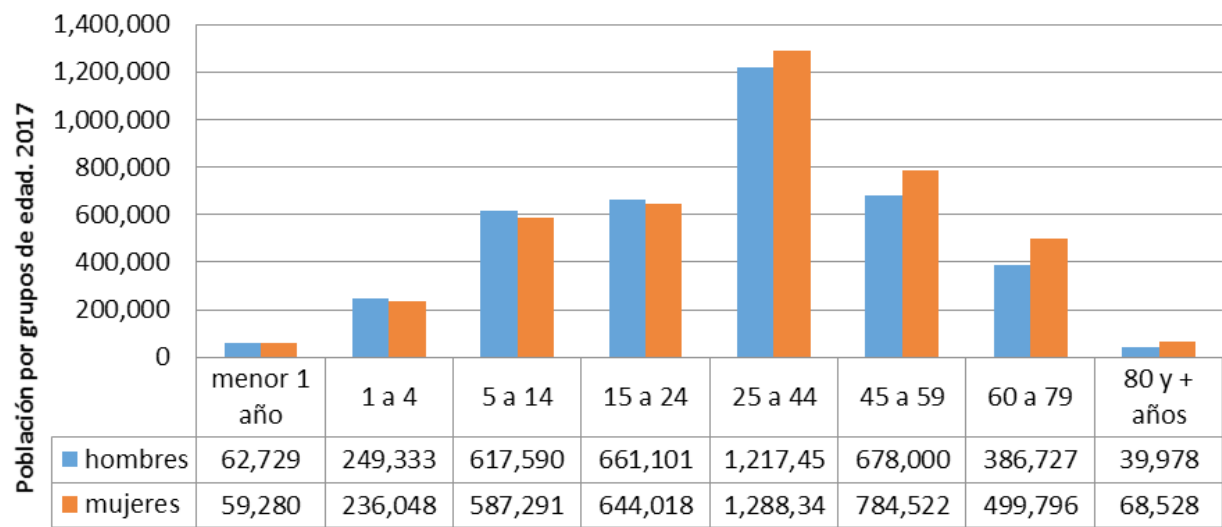
Gráfico 3. Cambio en la proporción de la población por grupo de edad en Bogotá D. C., 2005, 2010, 2017, y 2020



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Estimaciones de Población 1985-2005 Y Proyecciones de Población 2005-2020 Nacional, Departamental Por Sexo, Grupos Quinquenales de Edad.

Para el período 2017, el mayor porcentaje de la población se concentra en el grupo de los 25 a 44 años en ambos sexos, se evidencia una mayor proporción de población masculina hasta el grupo de 15 a 24 años y luego la proporción es mayor en el género femenino a partir de los 25 a 44 años de edad en adelante.

Gráfico 4. Población por sexo y grupos de edad para Bogotá D. C. 2017



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Estimaciones de Población 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020 Nacional, Departamental por sexo y edades simples de 0 a 24 años y por grupos quinquenales de edad (de 25 años en adelante).

1.2.1.2. Otros Indicadores de Estructura Demográfica

Los principales indicadores demográficos, muestran que las proyecciones de población del periodo 2017, la población total se incrementó en 1.240.618 habitantes con respecto al periodo 2005; así mismo, en este periodo de análisis, se estimó un incremento de la población adulta con respecto a la población joven y una disminución de la población infantil de cero a 4 años y menores de 15 años. El índice de friz mostró un descenso de cerca de 17 puntos lo que permite interpretar en el periodo 2017 madurez en la población, con tendencia al envejecimiento de la población.

Tabla 8. Índices Demográficos de Bogotá D. C., 2005, 2017 y 2020

Índice Demográfico	Año		
	2005	2017	2020
Población total	6.840.116	8.080.734	8.380.801
Población Masculina	3.285.708	3.912.910	4.064.669
Población femenina	3.554.408	4.167.824	4.316.132
Relación hombres: mujer	92,44	94	94
Razón niños: mujer	29	29	27
Índice de infancia	27	22	22
Índice de juventud	28	24	23
Índice de vejez	6	8	9
Índice de envejecimiento	22	36	42
Índice demográfico de dependencia	46,85	43,9	44,63
Índice de dependencia infantil	38,41	32,3	32,18
Índice de dependencia mayores	8,44	11,6	13,13
Índice de Friz	120,01	103	99,85

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Estimaciones de Población 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020 Nacional, Departamental por sexo y edades simples de 0 a 24 años y por grupos quinquenales de edad (de 25 años en adelante).

En el periodo 2017, la relación hombre a mujer (índice de masculinidad IM) se estimó en 94 expresa, la relación hombres (3.912.910) y mujeres (4.167.824), lo que indica que son 94 hombres por cada 100 mujeres (tabla 8).

$$M^t = \left[\frac{(P^t_{HOMBRES})}{(P^t_{MUJERES})} \right] \times 100 = \left[\frac{(3.912.910)}{(4.167.824)} \right] \times 100 = 94 \text{ donde } P^t = \text{población periodo } t$$

En el periodo 2017, la relación niños a mujer se estimó en 28,6 expresa, la relación entre la población de 0 a 4 años (607.390 habitantes que representa el 7,5 % del total de población proyectada) y las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años (2.207.064 mujeres que representan el 53 % del total de población de mujeres proyectada), lo que indica que por cada 100 mujeres en edad fértil entre 15 a 49 años hay 29 niños y niñas entre 0 a 4 años (tabla 8).

$$Rnm_t = \left[\frac{(P^t_{0-4 \text{ años}})}{(P^t_{15-49 \text{ años}})} \right] \times 100 = \left[\frac{(607.390)}{(2.207.064)} \right] \times 100 = 28,6 \text{ donde } P^t = \text{población periodo } t, P^t = \text{población femenina entre 15 a 49 años de edad, en el periodo } t$$

En el periodo 2017, el índice de infancia se estimó en 22,4 que expresa la relación entre los menores de 15 años (0 a 14 años, 1.812.271 habitantes, que representa el 22,4 % del total de población proyectada de 8.080.734 habitantes) (tabla 8).

$$indiceInfancia_t = \left[\frac{(P^t_{0-14 \text{ años}})}{(P^t_{total})} \right] \times 100 = \left[\frac{(1.812.271)}{(8.080.734)} \right] \times 100 = 22,4 \text{ donde } P^t = \text{población periodo } t$$

En el periodo 2017, el índice de juventud (IJ) se estimó en 24,2 que expresa la relación entre la población con edades en el rango entre 15 a 29 años (1.956.021 habitantes que representa el 24,2 % del total de población proyectada de 8.080.734 habitantes) (tabla 8).

$$IJ_t = \left[\frac{(P^t_{15-29 \text{ años}})}{(P^t_{total})} \right] \times 100 = \left[\frac{(1.956.021)}{(8.080.734)} \right] \times 100 = 24,2 \text{ donde } P^t = \text{población periodo } t$$

En el periodo 2017, el índice de vejez se estimó en 8,1 que expresa la relación entre los mayores de 64 años (65 años y más, 653.113 habitantes, que representa el 8,1 % del total de población proyectada de 8.080.734 habitantes) (tabla 8).

$$indiceVejez_t = \left[\frac{(P^t_{65-y-más \text{ años}})}{(P^t_{total})} \right] \times 100 = \left[\frac{(653.113)}{(8.080.734)} \right] \times 100 = 8,1 \text{ donde } P^t = \text{población periodo } t$$

En el periodo 2017, el índice de envejecimiento (IE) se estimó en 36 y expresa la relación entre los mayores de 64 años (65 años y más, 653.113 habitantes, que representa el 8,1 % del total de la población) y los menores de 15 años (0 a 14 años, 1.812.271 habitantes, que representa el 22,4 % del total de la población). Es decir, por cada 100 personas menores de 15 años, hay 36 personas mayores de 64 años (tabla 8).

$$E_t = \left[\frac{(P'_{65\text{ y más años}})}{(P'_{0\text{ a }14\text{ años}})} \right] \times 100 = \left[\frac{653.113}{1.812.271} \right] \times 100 = 36 \quad \text{donde } P' = \text{población periodo } t$$

En el periodo 2017, El índice demográfico de dependencia (ID) compara la población productiva o activa (población de 5.615.350 personas con edades de 15 a 64 años), con la población dependiente [(población de 0 a 14 años, 1.812.271 pueriles) + (población de personas de 65 años y más, 653.113 ancianidad)] x 100. En el periodo 2017, el índice de dependencia (ID) se estimó en 43,9; y expresa que por cada 100 personas con edades entre 15 a 64 años, hay 44 personas entre 0 a 14 años y de 65 años y más. En la medida que el índice de dependencia, tiende a aumentar en una población, se evidencia una mayor carga para la población productiva y/o activa, calificándose como población en riesgo de bienestar y calidad de vida (tabla 8).

$$D_t = \left[\frac{(P'_{0\text{ a }14\text{ años}}) + (P'_{65\text{ y más años}})}{(P'_{15\text{ a }64\text{ años}})} \right] \times 100 = \left[\frac{(1.812.271) + (653.113)}{5.615.350} \right] \times 100 = 43,9 \quad \text{donde } P' = \text{población periodo } t$$

En el periodo 2017, el índice de dependencia infantil (también denominada razón de dependencia pueril rdp) se estimó en 32,3 que expresa la relación entre los menores de 15 años (0 a 14 años, 1.812.271 habitantes, que representa el 22,4 % del total de población proyectada) y la población entre 15 y 64 años (5.615.350 habitantes, que representa el 69,5 % del total de población proyectada). Es decir, por cada 100 personas entre 15 y 64 años, hay 32 personas menores de 15 años (tabla 8).

$$rdp_t = \left[\frac{(P'_{0\text{ a }14\text{ años}})}{(P'_{15\text{ a }64\text{ años}})} \right] \times 100 = \left[\frac{1.812.271}{5.615.350} \right] \times 100 = 32,3 \quad \text{donde } P' = \text{población periodo } t$$

En el periodo 2017, el índice de dependencia mayores (también denominada razón de dependencia adultos mayores "ancianidad" rda) se estimó en 11,6 que expresa la relación entre los mayores de 64 años (65 años y más, 653.113 habitantes, que representa el 8,1 % del total de la población proyectada) y la población entre 15 y 64 años (5.615.350 habitantes, que representa el 69,5 % del total de la población proyectada). Es decir, por cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 12 personas mayores de 64 años (tabla 8).

$$rda_t = \left[\frac{(P'_{6-y-más-años})}{(P'_{5-a-6 años})} \right] \times 100 = \left[\frac{653.113}{5.615.350} \right] \times 100 = 11,6 \text{ donde } P' = \text{población periodo } t$$

En el periodo 2017, el índice de Friz (IF) fue 103 que expresa la relación entre la población menor de 20 años (0 a 19 años, 2.444.641 habitantes, que representa el 30,3 % del total de la población proyectada), en relación a la población de 30 a 49 años (2.374.152 habitantes, que representa el 29,4 % del total de la población proyectada). Es decir, por cada 100 personas con edades entre 30 a 49 años hay 103 personas de 0 a 19 años (población madura). El índice de Friz valora en su conjunto si la población es joven o se está envejeciendo. Si el índice es mayor de 160 se considera que la población es joven; si el índice está entre 60 y 160 se considera que la población es madura; y si el índice es menor de 60 se le considera una población envejecida (tabla 8).

$$F_t = \left[\frac{(P'_{0-a-9 años})}{(P'_{30-a-49 años})} \right] \times 100 = \left[\frac{2.444.641}{2.374.152} \right] \times 100 = 103 \text{ donde } P' = \text{población periodo } t$$

1.2.2. Dinámica Demográfica

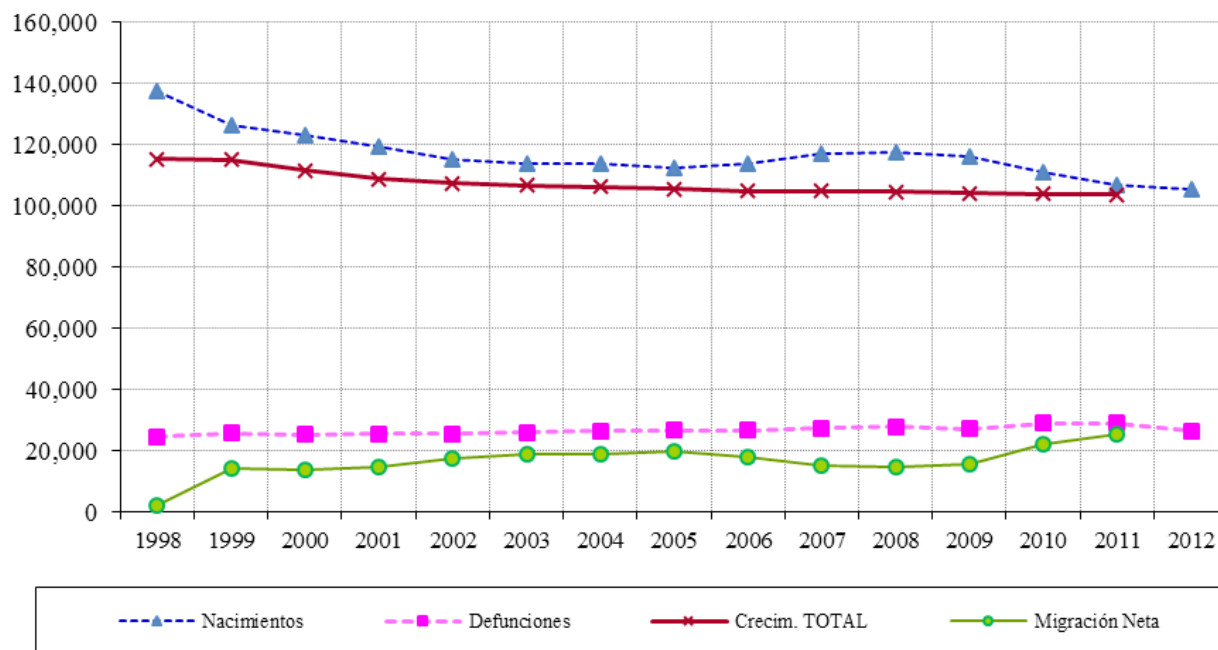
La dinámica demográfica depende de distintos fenómenos demográficos entre los que se encuentran: la fecundidad, la natalidad, la mortalidad, las migraciones internas y las migraciones internacionales.

La Tasa de Crecimiento Natural expresa el ritmo de crecimiento que tendría la población de un área geográfica en ausencia del efecto de la migración, para Bogotá en el quinquenio 2015 -2020 es de 10,33; lo anterior indica que Bogotá tiene un crecimiento natural positivo, como consecuencia de que el número de nacimientos en un año es superior al número de defunciones en ese mismo año y por lo tanto, la población aumenta.

En Bogotá, la edad media de la fecundidad para las mujeres ha aumentado en 0,14 años para el quinquenio 2015 - 2020 con respecto al 2005 - 2010; para el mismo periodo de tiempo, la tasa global de fecundidad disminuyó en 0,03. La tasa bruta de natalidad, sugiere que en Bogotá por cada 1000 habitantes se presentan 15,09 nacimientos en el último quinquenio analizado presentándose 1,65 nacimientos menos que en el quinquenio 2005 a 2010.

Frente a la tasa general de fecundidad, en la ciudad se presentan 56,10 nacimientos por cada mil mujeres en edad reproductiva para 2015 - 2020, evidenciándose una disminución de 2,1 nacidos vivos frente al quinquenio de 2005 a 2010.

Gráfico 5. Dinámica demográfica valores absolutos. Bogotá 1998 a 2012



Fuente: Aplicativo Dinámica Demográfica de Bogotá, Aplicativos utilizados para metodología BIT PASE. Enero de 2016.

Tabla 9. Otros indicadores de la dinámica de la población de Bogotá D. C., 2005- 2010, 2010-2015, 2015-2020

Indicador	Quinquenio		
	2005-2010	2010-2015	2015-2020
Edad media de la fecundidad (años)	28,51	28,62	28,65
Tasa bruta de natalidad (por mil)	16,74	15,87	15,09
Tasa bruta de mortalidad (por mil)	4,32	4,47	4,76
Tasa global de fecundidad (por mujer)	1,93	1,91	1,9
Tasa general de fecundidad (por mil)	58,2	56,8	56,1
Crecimiento Natural (por mil)	12,43	11,40	10,33
Tasa Media de Crecimiento (Exponencial)	14,75	13,52	12,35
Tasa de Migración Neta (por mil)	2,23	2,08	2,00
Esperanza de Vida al Nacer (Hombres)	74,57	75,94	76,83
Esperanza de Vida al Nacer (Mujeres)	79,72	80,19	81,02
Esperanza de Vida al Nacer (Total)	77,08	78,01	78,87

Fuente: DANE. Indicadores Demográficos Según Departamento 1985-2020.

En Bogotá, la edad media de la fecundidad para las mujeres ha aumentado en 0,14 años para el quinquenio 2015 - 2020 con respecto al 2005 - 2010; para el mismo periodo de tiempo, la tasa global de fecundidad disminuyó en 0,03. La tasa bruta de natalidad, sugiere que en Bogotá por cada 1000 habitantes se presentan 15,09 nacimientos en el último quinquenio analizado presentándose 1,65 nacimientos menos que en el quinquenio 2005 a 2010.

Frente a la tasa general de fecundidad, en la ciudad se presentan 56,10 nacimientos por cada mil mujeres en edad reproductiva para 2015 - 2020, evidenciándose una disminución de 2,1 nacidos vivos frente al quinquenio de 2005 a 2010.

En Bogotá en el periodo 2016 la tasa general de fecundidad fue 44,7 y al tener en cuenta las localidades, se observó que presentaron la mayor tasa general de fecundidad las localidades de Usme, Chapinero, Rafael Uribe Uribe y Santafé con 59.7, 57.8, 56.4 y 55.6, respectivamente; mientras que la tasa bruta de natalidad en el mismo periodo en Bogotá fue 12,3 y es más alta para las localidades de Usme, Chapinero, Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal con 16.4, 15.9, 15.1 y 14.6 respectivamente (tabla 9).

En Bogotá, en el periodo 2016 para las tasas específicas de fecundidad de mujeres entre 10 a 19 años, se encontró: en adolescentes de 10 a 14 años, los valores más altos en las localidades Sumapaz (3,5 nacidos vivos por 1000 mujeres de este grupo de edad en esta localidad) y Usme (2,3 nacidos vivos por 1000 mujeres de este grupo de edad en esta localidad), con respecto a la tasa específica de fecundidad de 10 a 14 años de edad en Bogotá, que se estimó en 1,1 nacidos vivos por 1000 mujeres de este grupo de edad en este periodo. En el grupo de 15 a 19 años, los valores más altos de las tasas de fecundidad específica, se registraron en las localidades Usme (76,2 nacidos vivos por 1000 mujeres de este grupo de edad en esta localidad), San Cristóbal (64,8 nacidos vivos por 1000 mujeres de este grupo de edad en esta localidad) y Ciudad Bolívar (62,7 nacidos vivos por 1000 mujeres de este grupo de edad, en esta localidad en este mismo periodo 2016), con respecto a la tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años de edad en Bogotá, que se estimó en 43,8 nacidos vivos por 1000 mujeres de este grupo de edad en este periodo. Tabla 10.

Tabla 10. Otros indicadores de la dinámica de la población de Bogotá D. C. 2016

2016								
N°	Localidad	Población	Mujeres en edad fértil	Nacimientos	Tasa bruta de natalidad	Tasa general de fecundidad	Tasa específica de fecundidad adolescentes	
							10 – 14 años	15 – 19 años
1	Usaquén	472.908	131.660	6.209	13,1	47,2	1,4	28,5
2	Chapinero	126.951	35.007	2.022	15,9	57,8	0,6	31,2

2016								
N°	Localidad	Población	Mujeres en edad fértil	Nacimientos	Tasa bruta de natalidad	Tasa general de fecundidad	Tasa específica de fecundidad adolescentes	
							10 – 14 años	15 – 19 años
5	Usme	337.152	92.338	5.514	16,4	59,7	2,3	76,2
6	Tunjuelito	189.522	50.137	2.603	13,7	51,9	1,6	53,9
7	Bosa	709.039	200.367	10.041	14,2	50,1	1,4	57,5
8	Kennedy	1.187.315	329.388	14.067	11,8	42,7	0,7	40,2
9	Fontibón	403.519	116.563	4.181	10,4	35,9	0,4	26,2
10	Engativá	873.243	240.697	8.752	10	36,4	0,6	26,4
11	Suba	1.250.734	356.593	13.626	10,9	38,2	0,6	29,3
12	Barrios Unidos	263.883	64.042	1.549	5,9	24,2	0,0	13,5
13	Teusaquillo	140.767	37.557	1.230	8,7	32,8	0,9	16,9
14	Los Mártires	94.130	23.476	1.078	11,5	45,9	0,7	46,5
15	Antonio Nariño	109.277	27.492	1.203	11	43,8	1,0	41,9
16	Puente Aranda	225.220	58.928	2.825	12,5	47,9	0,6	34,5
17	La Candelaria	22.633	5.404	252	11,1	46,6	0,0	60,1
18	Rafael Uribe Uribe	353.761	94.935	5.359	15,1	56,4	1,6	60,8
19	Ciudad Bolívar	719.701	198.663	9.774	13,6	49,2	1,7	62,7
20	Sumapaz	7.330	1.740	26	3,5	14,9	3,5	21,6
	LocalidadNo especificada			677				
Total Bogotá		7.980.001	2.196.986	98.112	12,3	44,7	1,1	43,8

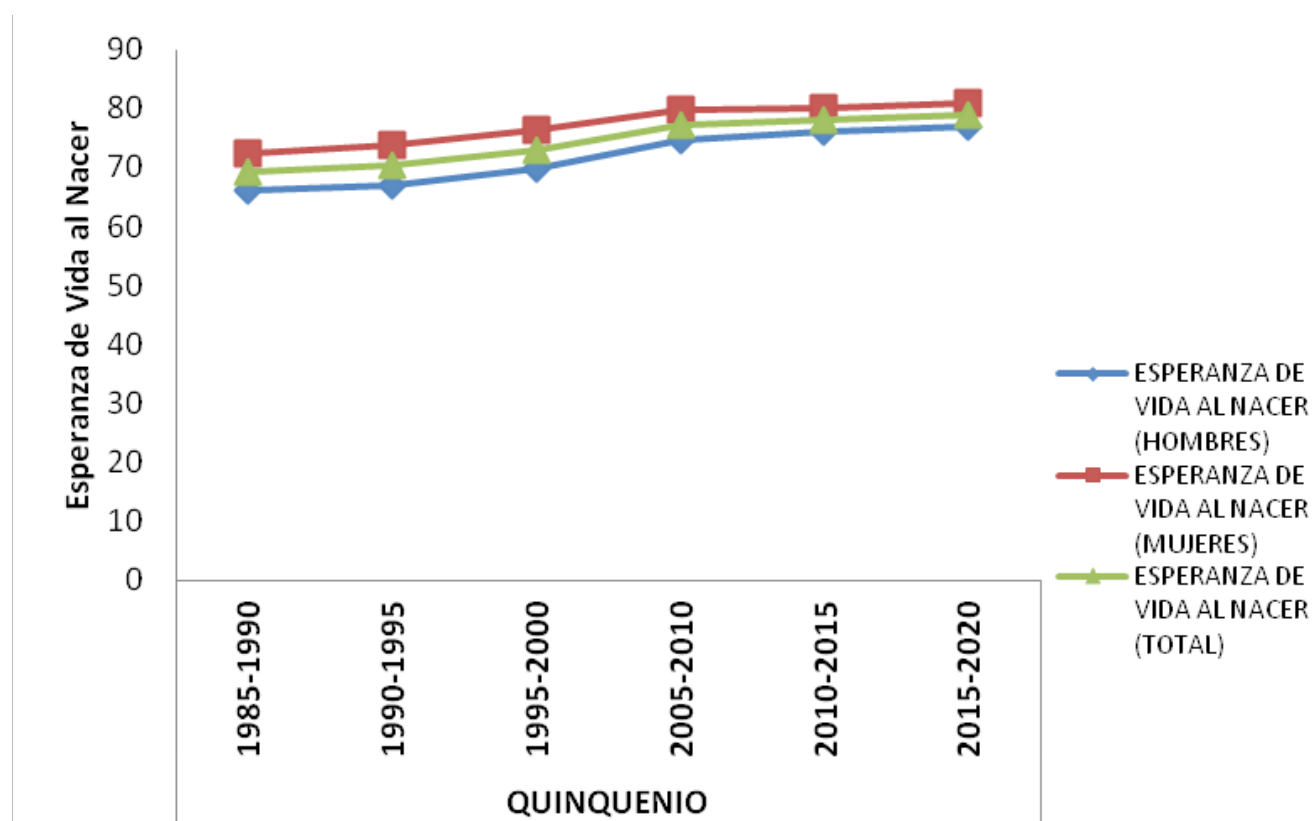
Fuente: POBLACION: Proyecciones de población para Bogotá D. C., localidades DANE y SDP 2000-2016 de junio 13 del 2008. Fuente NV 2016: Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Fuente 2016. Fuente NV 2016 -Fuente 2016: -Bases de datos SDS- RUAF ND. Preliminares -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE. Tasa Bruta de natalidad= (nacidos vivos / Población) * 1000.

Tasa General de Fecundidad= (nacidos vivos / Mujeres edad fértil 15 a 49 años) * 1000

1.2.2.1. Esperanza de vida

La Esperanza de vida es expresión del desarrollo socioeconómico del país y el desarrollo integral del sistema de salud, representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad. En Bogotá, la esperanza de vida total incrementó en 9,71 años al comparar el quinquenio 1985 -1990 con 2015 – 2020; a pesar de ser históricamente mayor en las mujeres que en los hombres, durante quinquenio de 2015 – 2020 se incrementó 10,61 años en los hombres y 8,76 años en las mujeres con respecto a 1985 -1990 (gráfica 6)

Gráfico 6. Esperanza de vida al nacer, por sexo y total, Bogotá, 1985 – 2020



Fuente: DANE. Indicadores Demográficos Según Departamento 1985-2020.

1.2.3. Movilidad Forzada

Según datos dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentran registradas un total de 363.278 personas víctimas de desplazamiento en Bogotá, un 52%, de acuerdo con la distribución, son personas de sexo femenino y el restante corresponde al sexo masculino. El 41,4% de las mujeres de esta población se encuentra entre los 15 y 34 años de edad, mientras que el 44% de los hombres se encuentran entre los 10 a 29 años.

Tabla 11. Distribución de víctimas por sexo y edad quinquenal, Bogotá D.C. 2015

Edad	Mujeres (n)	%	Hombres (n)	%
De 0 a 4 años	6.061	3,2	6.380	3,7
De 05 a 09 años	15.946	8,5	16.950	9,8
De 10 a 14 años	17.826	9,5	19.197	11,1
De 15 a 19 años	19.997	10,6	19.817	11,4
De 20 a 24 años	19.988	10,6	19.338	11,2
De 25 a 29 años	20.601	11,0	17.898	10,3
De 30 a 34 años	17.243	9,2	13.654	7,9
De 35 a 39 años	15.644	8,3	12.480	7,2
De 40 a 44 años	13.252	7,1	10.370	6,0
De 45 a 49 años	11.283	6,0	9.385	5,4
De 50 a 54 años	8.935	4,8	7.660	4,4
De 55 a 59 años	6.507	3,5	5.748	3,3
De 60 a 64 años	4.788	2,5	4.417	2,5
De 65 a 69 años	3.160	1,7	3.045	1,8
De 70 a 74 años	2.223	1,2	2.371	1,4
De 75 a 79 años	1.668	0,9	1.827	1,1
De 80 años o más	2.640	1,4	2.743	1,6
No definido	9	0,0	3	0,0
No reportado	1	0,0	1	0,0
Total	187.772	100	173.284	99,9999

Fuente: Ministerio de Salud servicio de información de indicadores ASIS en el siguiente enlace electrónico: <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesasis2/>

De acuerdo con la información suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social 2.222 personas víctimas de desplazamiento, están incluidas en el registro en Bogotá, de las cuales no se define o no se reporta el sexo, razón por la cual, no están contempladas en la tabla anteriormente descrita, pero hacen parte del universo de personas víctimas registradas en el Distrito Capital.

Según información de la Secretaría Distrital de Hacienda, la ciudad no se encuentra al margen del fenómeno de desplazamiento, de forma recurrente arriban familias desplazadas. Entre enero de 2000 y septiembre de 2003, según la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (Codhes), llegaron a la ciudad 195.727 desplazados. La mayoría de estas personas, provienen de departamentos cercanos a la capital, como Tolima, Meta y Cundinamarca; se caracterizan por ser de origen campesino, dedicados en su zona de origen a la agricultura y la ganadería (20,9 %), al hogar y oficios varios (11,3 %) o no tenían ningún oficio (17,5 %); adicionalmente poseen un bajo nivel educativo (apenas el 10,8 % tenía como máximo primaria), lo cual les hace difícil la consecución de empleo en la ciudad (16).

Según los registros de la Red de Solidaridad Social, en el período septiembre 1995 - enero 2004, se produjo un desplazamiento de 272.646 familias en el territorio nacional. Los departamentos que más expulsaron población fueron Antioquia, Bolívar y Magdalena, que en conjunto representaron el 37,0 % de los desplazados del país. En tal sentido, Bogotá expulsó a otras regiones del país a 76 familias, el 0,03 % del total de la población desplazada en la nación.

Antioquia y Bolívar, fueron no solamente los mayores aportantes a la población desplazada (con 19,3 % y 11,0% del total de expulsados), sino también, los departamentos que mayor porcentaje de familias desplazadas han recibido, con el 16,4 % y el 7,9 % respectivamente, lo que puede constituir evidencia de que la población desplazada tiende a moverse hacia los municipios más cercanos, lo que facilitaría el retorno a su población de origen. Le siguen, en su orden, como mayores receptores: Sucre, con el 6,8 %; Bogotá con el 6,5 % (tabla 11); y Magdalena con el 5,5 %. Las anteriores estadísticas permiten establecer como principales receptores netos de desplazados a Bogotá, Atlántico y Sucre (4).

Tabla 12. Familias desplazadas y recibidas en Bogotá. Bogotá D. C. 2015

Departamento	Familias recibidas	% con respecto a Colombia	Familias desplazadas	% con respecto a Colombia	Recepción neta
Bogotá	17.799	6,5	76	0,0	17.723

Fuente: Red de Solidaridad Social (RSS) - Registro Nacional de Población Desplazada por la Violencia. Cálculos: SHD, Dirección de Estudios Económicos.

Bogotá es una de las ciudades que en mayor grado sufre las consecuencias del desplazamiento forzado. Entre 1995 y el 2002 la ciudad recibió anualmente en promedio 48.991 personas víctimas del desplazamiento forzado (13), mientras el incremento demográfico fue de 149.353 personas en promedio (14). Se destaca 1997, año en el cual se registró el mayor número de desplazados, 78.850; mientras que el menor número se presentó en 1999 con 33.143. CODHES reportó la llegada de 47.500 desplazados a Bogotá entre enero y septiembre del 2003. Estas cifras se suman al crecimiento vegetativo de la población bogotana, incrementándolo en forma importante (4).

El 51,7 % de la población desplazada que llegó a Bogotá entre 1999 y el 2003 era menor de edad, el 32,5 % lo constituían personas entre 18 y 39 años, el 11,4 % se encontraba entre los 40 y 59 años y el 4,4 % era mayor de 59 años. La composición por edades de la población desplazada, difiere de la distribución de la población total de la ciudad, ya que la primera se concentra en el rango de edad de 0-17 años, mientras la población total se concentra en el rango de 18-49 años (4).

De manera más reciente en el 2015, el Informe Nacional de Desplazamiento Forzado publicado por el Centro Nacional de Memoria Histórica, establece que, con base en los registros más actualizados de la Red Nacional de Información, con corte al 31 de agosto de 2013, se identifica que:

- Cerca de la mitad de la población desplazada se encuentra en municipios de categoría 6, que en promedio tienen 15.000 habitantes, perciben bajos ingresos fiscales y por ende tienen recursos limitados para la atención y asistencia a la población desplazada.
- Mientras que el 14 por ciento de la población desplazada se encuentra viviendo en las grandes capitales departamentales del país (municipios con categoría especial) y cuya oferta institucional es mucho más nutrida: Bogotá (4,9 por ciento del total de personas desplazadas), Medellín (4,6 por ciento), Cali (1,8 por ciento), Cartagena (1,2 por ciento), Barranquilla (1,0 por ciento) y Bucaramanga (0,7 por ciento).

1.3 Conclusiones

El Distrito Capital es una fiel reproducción de la transición demográfica que se vive en el país, ya que el tamaño de su población y las características físicas de su territorio, favorecen comportamientos que se asemejan a regiones con condiciones de vida y salud muy precarias, pero también, concentra poblaciones con condiciones similares a las presentadas en países desarrollados; además, Bogotá es uno de los grandes receptores de una gran variedad de población que busca condiciones de vida más favorables para sí mismos y sus familias. Este fenómeno se hace visible a través de la expansión urbana de la ciudad, la cual está abarcando municipios aledaños, por lo que las acciones en salud deben proyectarse a una gestión metropolitana o regional de los municipios aledaños.

En Bogotá, pese a la disminución de población de los grupos de edad menores de 25 años y el aumento de la población de mayores de 25 años, la pirámide continúa presentando una estructura progresiva, es decir, se caracteriza por tener una base ancha y una finalización en forma de pico (forma triangular). Este tipo de pirámides son propias de países jóvenes y con fuerte crecimiento, es decir países subdesarrollados.

Bogotá tiene un descenso en el número de nacimientos, y un progresivo envejecimiento de la población, lo que se explica por el aumento en la esperanza de vida y el descenso en las tasas de mortalidad y de fecundidad. Este comportamiento, genera evidentes cambios en las causas de enfermedad y muerte en la población, haciendo que por ejemplo, se aumente la prevalencia de enfermedades crónicas; no obstante, este patrón puede ser variable, ya que dentro de su distribución territorial se pueden encontrar localidades con perfiles en los que las enfermedades transmisibles, las crónicas, las violentas y por accidentes de transporte terrestre, presentan una alta carga en comparación con las demás.

La variabilidad climática expresada a través del incremento de las lluvias, hará que las enfermedades transmisibles y crónicas, presenten un aumento en la población adulta mayor, que cómo se indicó está en aumento en Bogotá.

Uno de los fenómenos que genera cambios en la composición demográfica de la ciudad se relaciona con el desplazamiento forzado y con las migraciones internas, ya que la capital cada día es receptora de individuos y familias que migran en busca de apoyo gubernamental ante su situación de vulnerabilidad o en busca de mejores oportunidades educativas, laborales y económicas.

2. capítulo II. Abordaje de los efectos de salud y sus determinantes

2.1 Análisis de la mortalidad

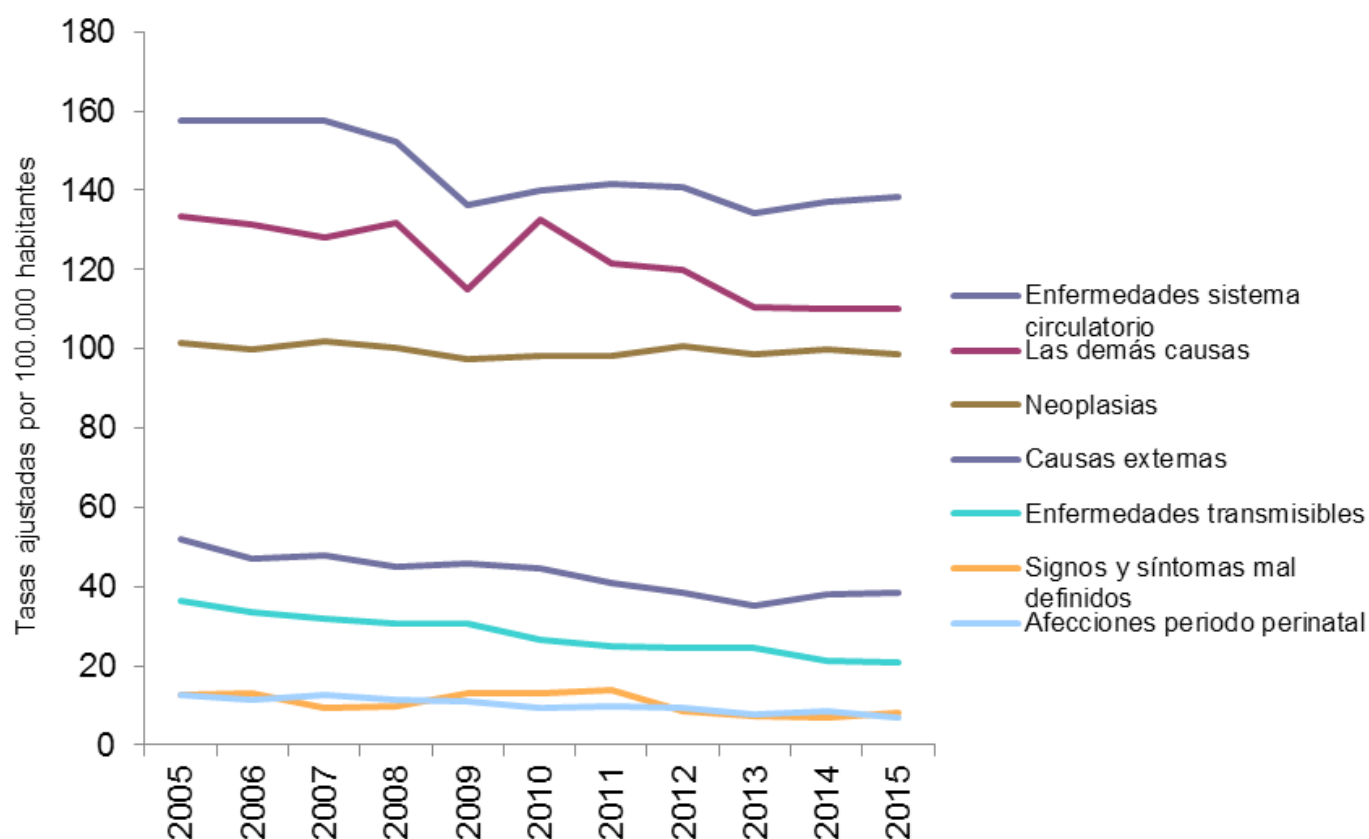
La mortalidad es un componente básico del análisis demográfico, ya que determina el tamaño de la población y su composición por edad y sexo. En tal sentido, aunque los hechos vitales nos brindan información de los individuos, la construcción de indicadores poblacionales a partir de dichos sucesos elimina el significado individual del fenómeno para de esta forma analizar las acumulaciones. En el presente capítulo, se realizó el análisis de la mortalidad por las grandes causas (lista 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud), específica por subgrupo y materno – infantil y de la niñez; así como, la morbilidad atendida y los determinantes de salud intermediarios y estructurales que definen la presentación de los eventos.

2.1.1. Mortalidad general por grandes causas

A través de las herramientas dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social, se realizó el análisis de la mortalidad por los grandes grupos de causas. Las tasas ajustadas muestran que la mortalidad más alta es debida a enfermedades del sistema circulatorio, seguida por todas las demás enfermedades agrupadas entre las que se encuentran diabetes, deficiencias nutricionales y trastornos mentales entre otros. Las tasas más bajas, se observaron en las afecciones mal definidas y las afecciones del periodo perinatal, con tasas similares durante el periodo del análisis.

En general, se observó disminución de la tasa de mortalidad en todas las grandes causas durante el periodo, siendo todas las demás enfermedades (*en las que se incluyen diagnósticos como Diabetes Mellitus; Deficiencias Nutricionales Y Anemias Nutricionales; Trastornos Mentales Y Del Comportamiento; Enfermedades Del Sistema Nervioso, Excepto Meningitis; Enfermedades Respiratorias; Enfermedades Del Sistema Digestivo; Enfermedades Del Sistema Urinario; Embarazo, Parto Y Puerperio; Malformaciones Congénitas, Deformidades Y Anomalías Cromosómicas*) las que mayor descenso han presentado (23,2 x 100.000 hab.); las enfermedades del sistema circulatorio (19,2 x 100.000 hab.), las mortalidades por neoplasias en contraste han disminuido en menor medida que las demás (2,8 x 100.000 hab.). Las causas que presentaron mayor variación durante el periodo correspondieron a las demás causas, las cuales fluctuaron en los años 2009 y 2010 entre 114,9 y 132,7 para asumir nuevamente una tendencia descendente que se mantiene hasta el año 2014; en el 2015 se observa un aumento respecto al 2014 en los grandes grupos excepto en neoplasias, enfermedades transmisibles y enfermedades del periodo perinatal (gráfica 7).

Gráfico 7. Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas, Bogotá 2005 – 2015



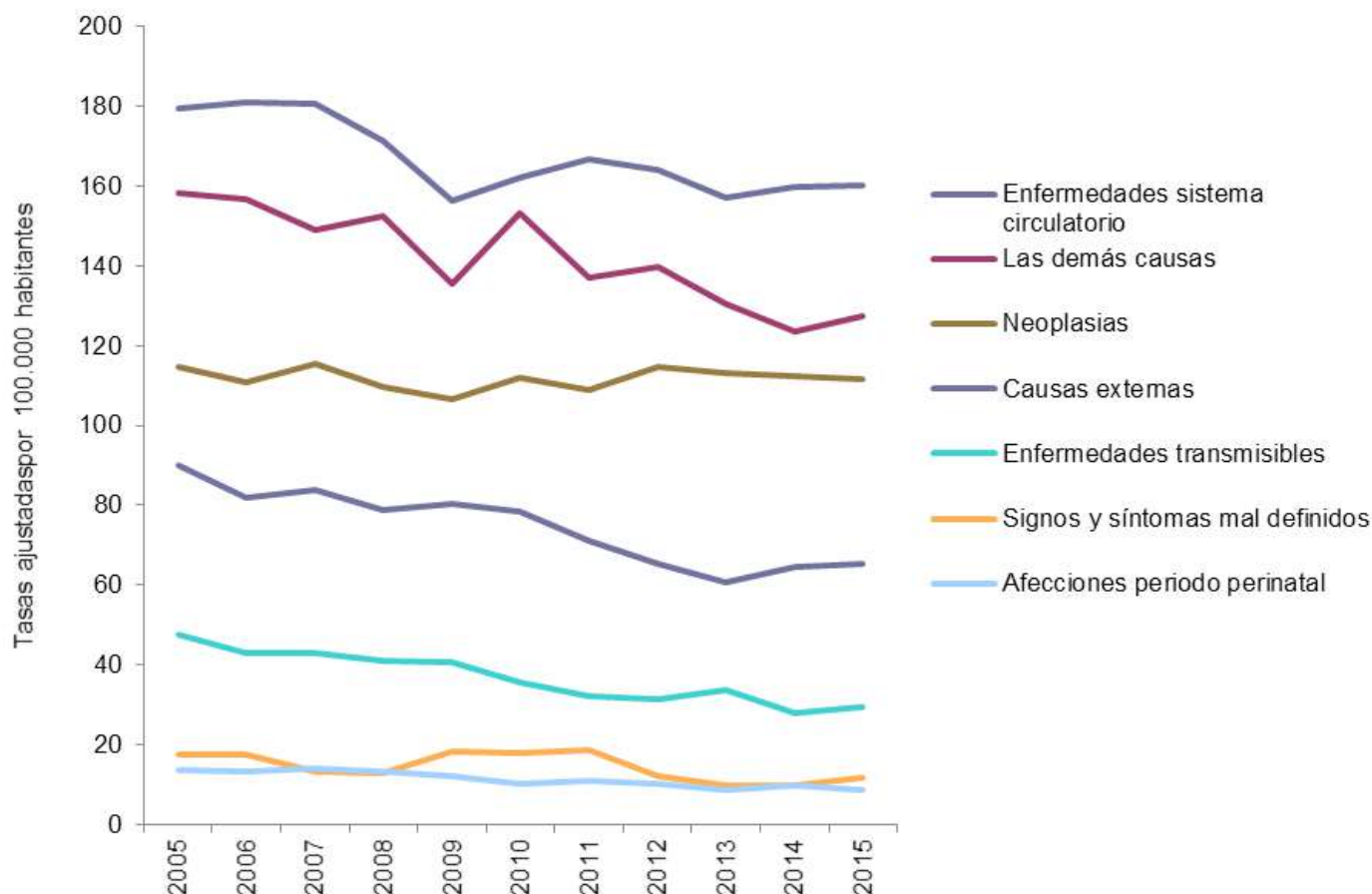
Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Al realizar el análisis diferenciado para el grupo de hombres, se observa una tendencia similar que en el grupo general, hay una tendencia a la disminución de las tasas de mortalidad en el periodo de análisis; en contraste con el grupo de mujeres, todos los valores de las tasas fueron más altos, especialmente las causas relacionadas con enfermedades del sistema circulatorio, todas las demás enfermedades, arriba mencionadas, neoplasias y causas externas (gráfica 8 página 77). Las enfermedades del sistema circulatorio, son las que presentan las mayores tasas dentro de este grupo poblacional conservando en valores superiores a 150 muertes por cada 100.000 habitantes. Adicionalmente, las afecciones perinatales, las afecciones mal definidas y las enfermedades transmisibles, fueron las de menor afectación en este grupo de personas. Las disminuciones más altas, en las demás enfermedades (31,0 x 100000 hombres), seguida de las causas externas (24,6 x 100000 hombres) y las más bajas en las afecciones perinatales (4,9 x 100000 hombres) y Neoplasias (2,9 x 100000 hombres). Respecto del año 2014, se evidencia un aumento en las tasas de mortalidad para el año 2015 de los grandes grupos excepto en neoplasias y afecciones del periodo perinatal.

El análisis de las tasas de mortalidad en el grupo de mujeres, mostró que de manera similar al grupo general y al de hombres, los valores más altos para el periodo correspondieron a las enfermedades del sistema circulatorio, todas las demás enfermedades, ya mencio-

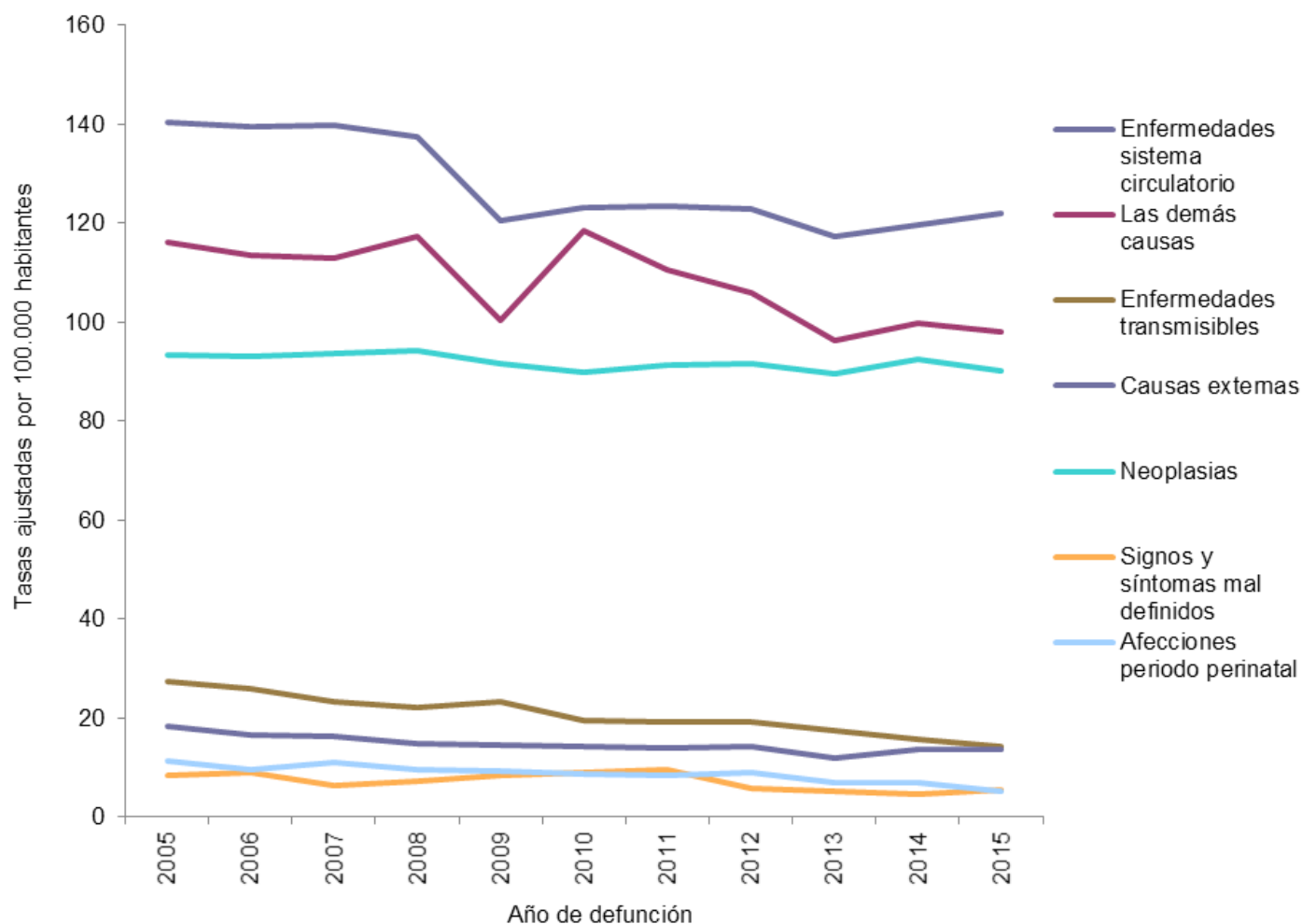
nadas, y neoplasias; en el mismo sentido, las más bajas correspondieron a las afecciones perinatales, afecciones mal definidas y las causas externas. De igual forma, se observó la disminución progresiva de todas las tasas de mortalidad en el transcurso del periodo mostrando que las enfermedades del sistema circulatorio presentaron la más alta disminución correspondiente a $18,4 \times 100.000$ mujeres; de otro lado, las afecciones mal definidas y las neoplasias mostraron las menores disminuciones ($3,0$ y $0,9 \times 100.000$ mujeres respectivamente). Las líneas de tendencia muestran una separación marcada entre los grupos de causas, es decir, las 2 primeras causas de muerte (enfermedades del sistema circulatorio y todas las demás enfermedades) mantienen tasas por encima de 98×100.000 habitantes y las restantes (enfermedades transmisibles, causas externas, neoplasias, afecciones perinatales y afecciones mal definidas) no superan los 15×100.000 habitantes durante todo el periodo de análisis. Respecto del 2014, se mantiene la disminución de las tasas excepto en los grupos de enfermedades del sistema circulatorio y afecciones mal definidas (gráfica 9 página 78).

Gráfico 8. Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas en hombres, Bogotá 2005 – 2015



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfico 9. Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas en mujeres, Bogotá D. C. 2005 – 2015



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.1.1. Años de vida potencialmente perdidos

Los años de vida potencialmente perdidos integran un indicador que ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad, en consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. Adicional a la mortalidad infantil, aportan a dicho indicador otras causas de mortalidad prematura en personas jóvenes, por ejemplo, los accidentes de tránsito o en el trabajo, las enfermedades isquémicas del corazón y los accidentes cerebro – vasculares entre otras. Se considera que corresponde a una “medida del impacto relativo que ejercen diversas enfermedades y fuerzas letales sobre la sociedad”.

El análisis de los AVPP para Bogotá muestran que las neoplasias, todas las demás enfermedades y las causas externas corresponden a los grupos de enfermedad que aportan

la mayor cantidad años por mortalidad prematura en el último año del periodo (Tabla 12); sin embargo, este comportamiento no presentó el mismo patrón al inicio del periodo, dado que para el año 2005 las causas externas correspondían al grupo de enfermedades que aportaban la mayor cantidad de AVPP a la población de la ciudad y las neoplasias eran la tercera causa. Durante el periodo analizado (2005 – 2015) se evidencia la disminución en el aporte de AVPP, de todos los grandes grupos excepto de las neoplasias y de las enfermedades del sistema circulatorio.

Este comportamiento está acorde al aumento de las enfermedades crónicas a menor edad que se presenta en la región y a nivel global (tabla 12).

Tabla 13. Número de años de vida potencial perdidos por grandes causas según sexo. Bogotá D. C., 2005 – 2015

Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010
100 - Enfermedades Transmisibles	Femenino	21.581	19.606	18.477	19.427	19.509	16.599
	Masculino	37.084	32.577	33.269	35.163	28.042	29.509
	Total	58.665	52.183	51.746	54.591	47.552	46.109
200 - Neoplasias	Femenino	64.491	63.887	65.654	66.066	70.842	69.734
	Masculino	46.569	47.407	48.227	50.048	51.097	53.706
	Total	111.061	111.294	113.881	116.114	121.940	123.441
300 - Enfermedades Sistema Circulatorio	Femenino	53.275	53.141	56.237	56.000	49.659	52.313
	Masculino	53.120	55.201	57.006	54.813	52.612	53.957
	Total	106.395	108.342	113.243	110.812	102.272	106.271
400 - Ciertas Afecciones Originadas En El Período Perinatal	Femenino	30.585	25.970	29.595	25.723	25.246	23.740
	Masculino	37.173	36.610	38.212	36.215	33.174	27.645
	Total	67.759	62.580	67.806	61.938	58.420	51.386
500 - Causas Externas	Femenino	26.904	24.772	25.103	20.799	21.709	22.284
	Masculino	132.392	120.293	122.633	117.482	126.088	123.293
	Total	159.296	145.065	147.736	138.281	147.797	145.576
600 - Todas Las Demás Enfermedades	Femenino	71.631	69.855	72.091	73.727	66.910	74.694
	Masculino	69.599	72.360	70.385	71.796	66.889	70.495
	Total	141.230	142.215	142.477	145.523	133.799	145.189

Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010
700 - Signos, Síntomas Y Afecciones Mal Definidas	Femenino	11.563	10.880	7.482	8.498	11.199	12.343
	Masculino	20.426	19.179	14.802	13.962	19.004	20.810
	Total	31.989	30.059	22.284	22.460	30.203	33.152

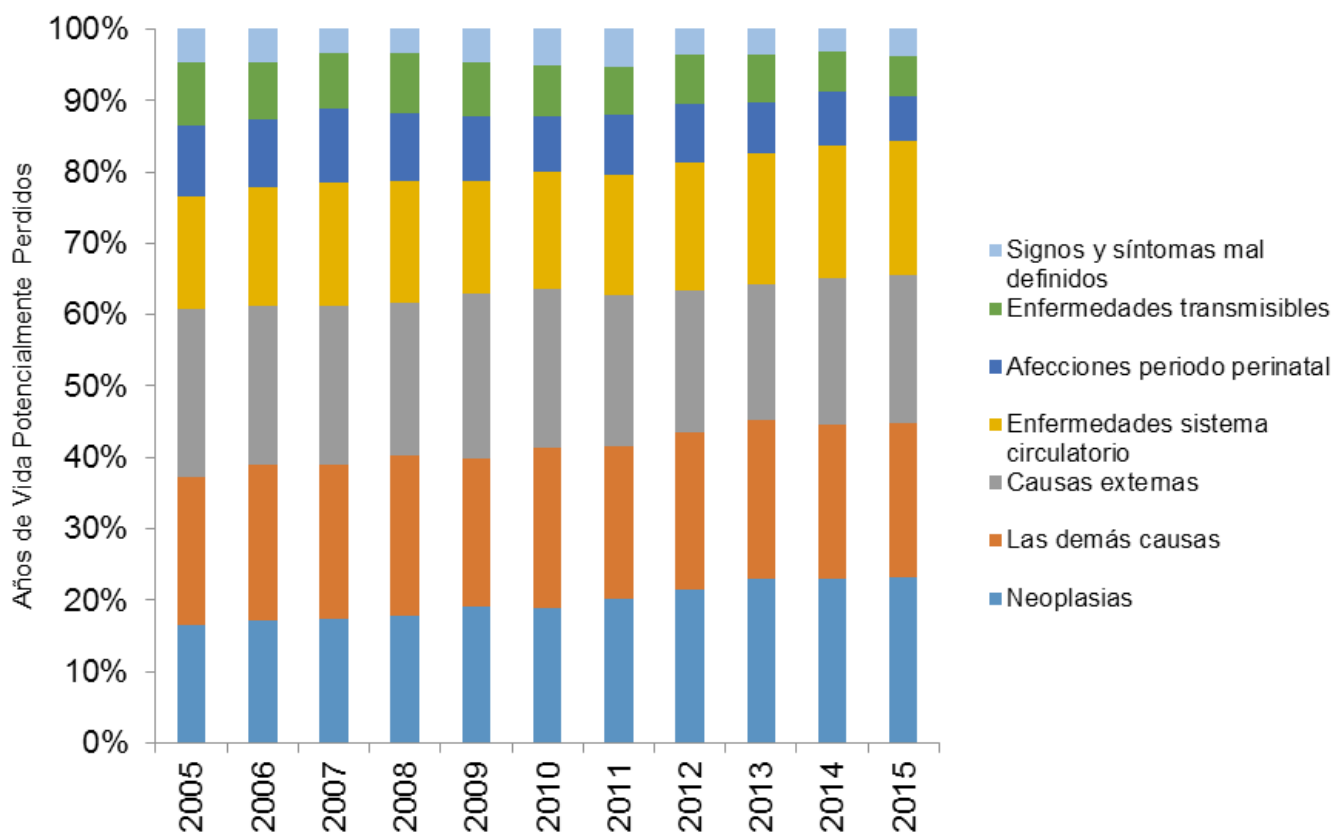
Años 2011 a 2015

Grupo	Sexo	2011	2012	2013	2014	2015
100 - Enfermedades Transmisibles	Femenino	15.683	16.699	13.236	12.532	11.766
	Masculino	27.202	25.808	26.520	22.310	22.867
	Total	42.885	42.507	39.756	34.842	34.633
200 - Neoplasias	Femenino	72.263	74.826	75.684	80.034	79.093
	Masculino	55.413	59.193	60.805	60.746	63.257
	Total	127.675	134.020	136.489	140.780	142.350
300 - Enfermedades Sistema Circulatorio	Femenino	52.805	53.403	52.032	54.651	56.605
	Masculino	54.461	58.958	56.209	59.178	59.163
	Total	107.266	112.361	108.240	113.830	115.768
400 - Ciertas Afecciones Originadas En El Período Perinatal	Femenino	22.913	24.153	19.164	19.222	14.309
	Masculino	29.976	27.961	23.443	26.865	24.016
	Total	52.889	52.115	42.606	46.086	38.325
500 - Causas Externas	Femenino	20.680	21.571	18.028	21.132	20.546
	Masculino	112.660	102.580	95.587	104.351	106.687
	Total	133.339	124.151	113.615	125.484	127.233
600 - Todas Las Demás Enfermedades	Femenino	71.379	68.032	64.146	65.003	67.036
	Masculino	64.574	69.575	66.848	66.701	66.632
	Total	135.954	137.607	130.995	131.704	133.668
700 - Signos, Síntomas Y Afecciones Mal Definidas	Femenino	12.112	8.909	8.973	6.703	8.318
	Masculino	21.399	13.759	12.000	12.393	15.169
	Total	33.511	22.668	20.972	19.096	23.487

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Los hallazgos del aporte de AVPP para la población de Bogotá, concuerdan con lo observado en los porcentajes de AVPP Totales (gráfica 10), que indican que durante el periodo de análisis se presentó un aporte creciente AVPP de la neoplasias y de las enfermedades del sistema circulatorio; mientras que las causas externas, las demás causas, las afecciones del periodo perinatal, las enfermedades transmisibles y los signos, síntomas y afecciones mal definidos presentaron una disminución del peso porcentual de AVPP al final del periodo comparado con el inicio del mismo.

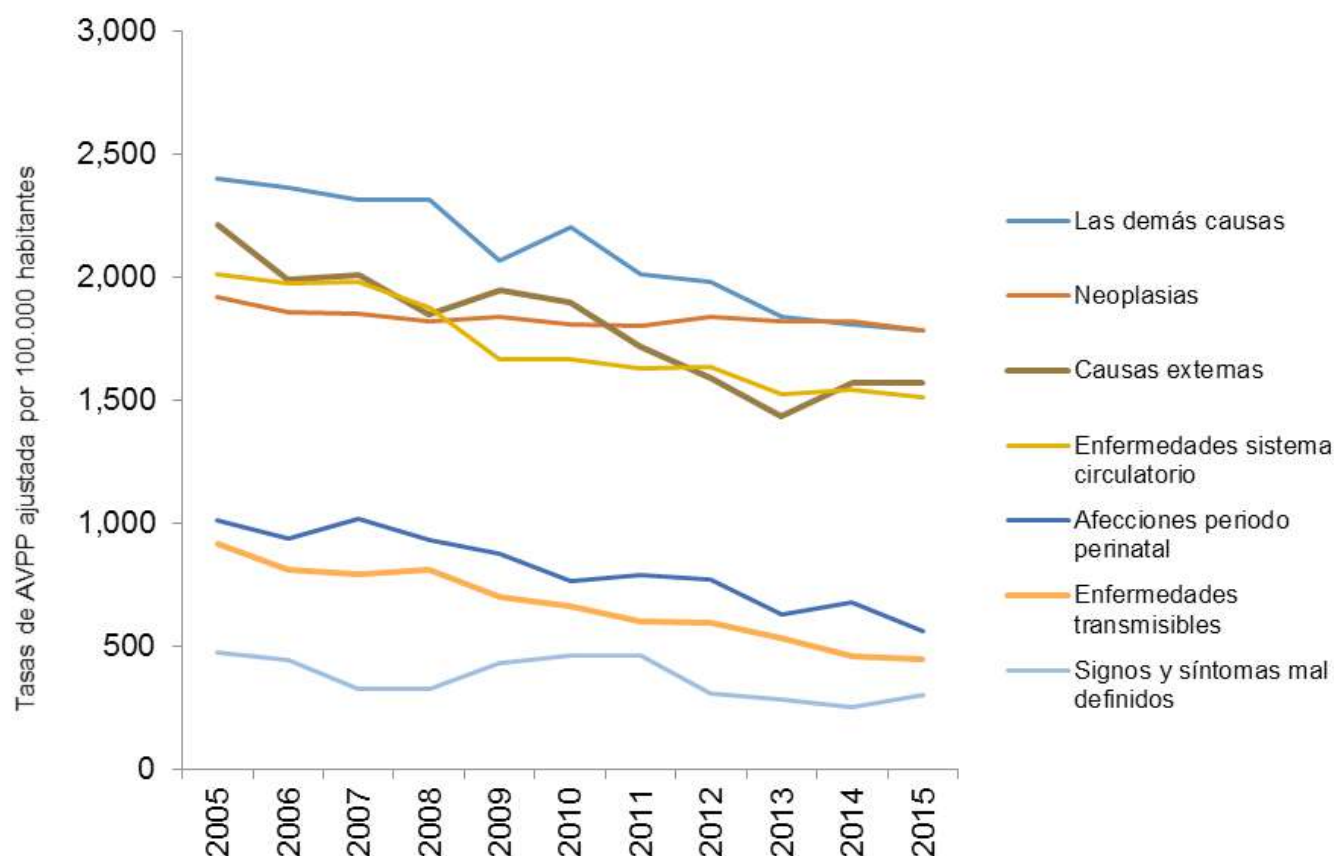
Gráfico 10. Porcentaje de AVPP por grandes causas. Bogotá D. C., 2005 – 2015



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

En el análisis de las tasas ajustadas por edad de AVPP se evidencia una disminución en el periodo (2005 – 2015) en todos los grandes grupos; la de mayor disminución correspondió a las causas externas y las demás causas, con reducciones de 647,7 y 614,9 AVPP x 100000 habitantes respectivamente. Las tasas de AVPP que menos disminuyeron en el periodo correspondieron a signos y síntomas mal definidos (174,7 AVPP x 100000 habitantes) y neoplasias (137,2 AVPP x 100000 habitantes), respecto del 2014 el grupo de afecciones mal definidas fue el que generó aumento en la tasa, los demás grupos se mantuvieron en descenso (gráfica 11).

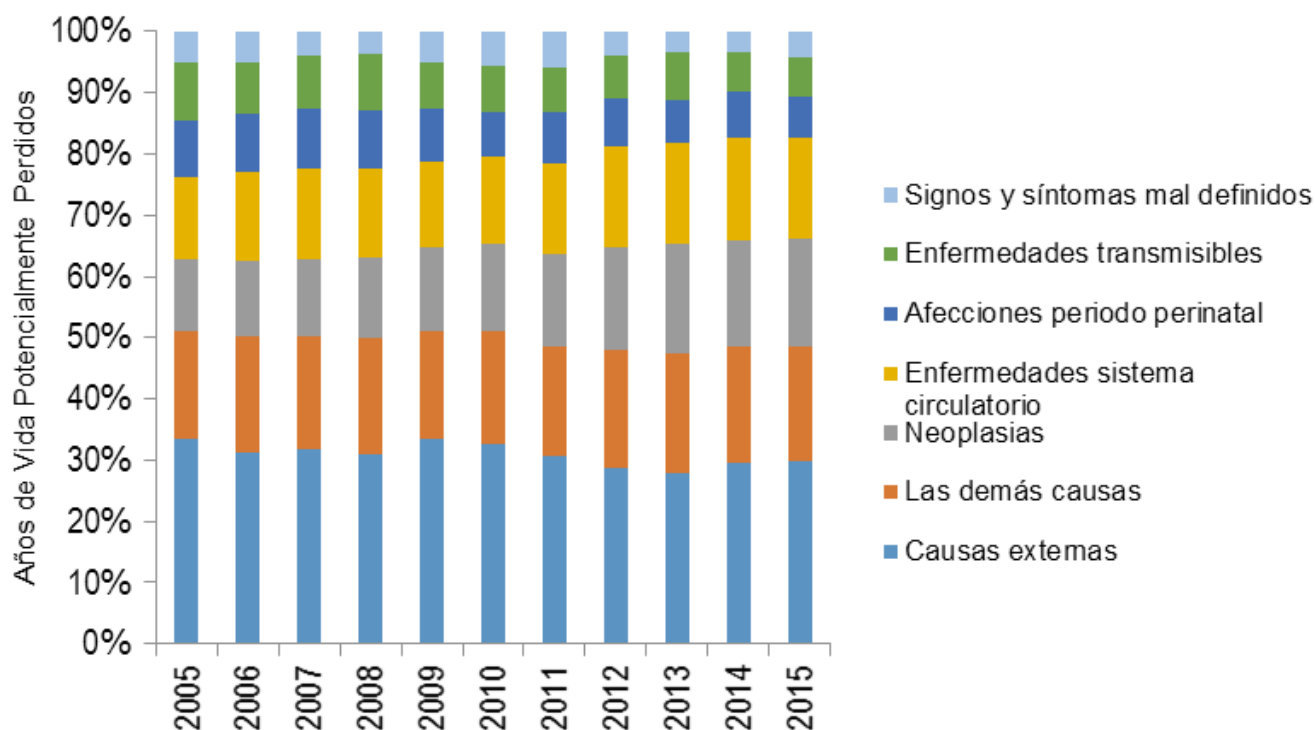
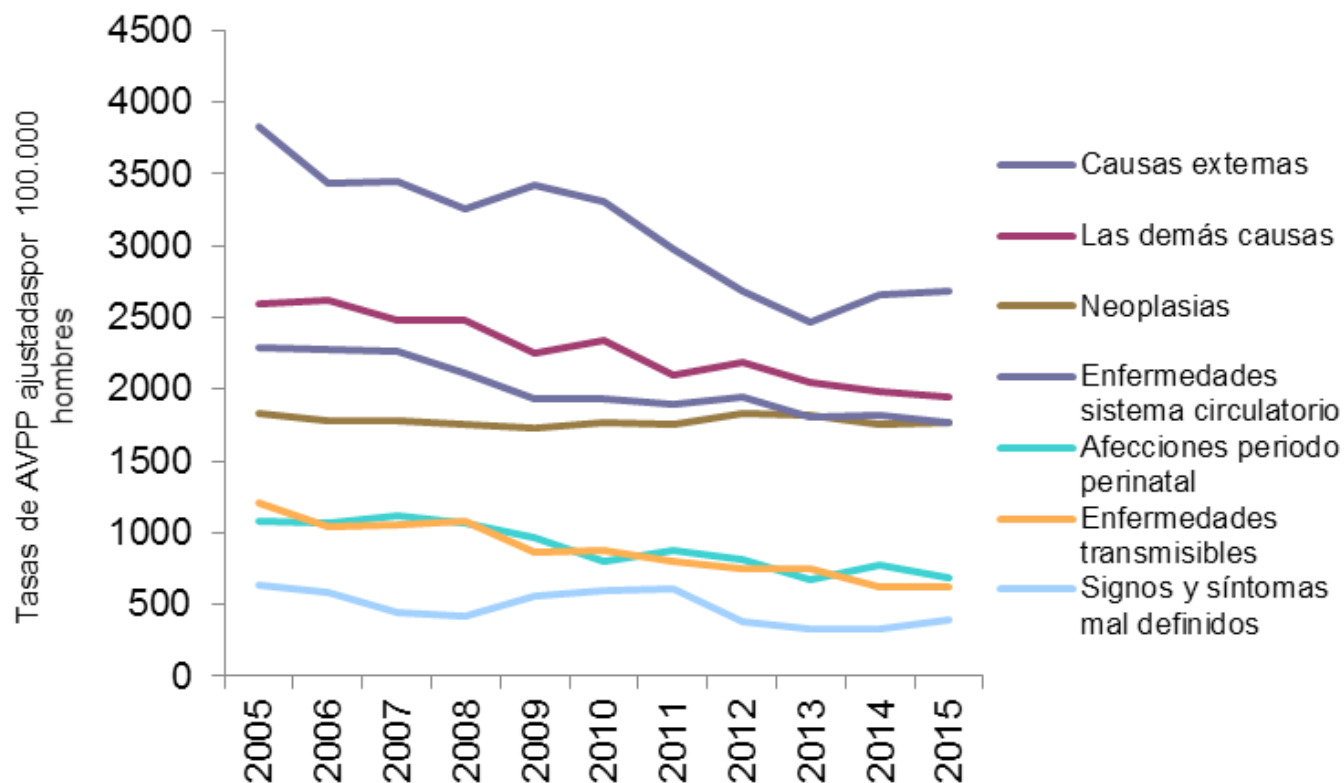
Gráfico 11. Tasa de años de vida potencialmente perdidos x 100000 habitantes Bogotá D. C., 2005 - 2015



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

El análisis de las tasas de AVPP por sexo, mostraron que de forma similar con la población total, en los hombres se presenta una mayor carga por parte de las causas externas, las demás causas y las neoplasias, siendo un comportamiento sistemático durante los años de estudio (Gráfica 12). Así mismo, las tasas mostraron una tendencia hacia la disminución de sus valores en el periodo de tiempo (2005 – 2015), siendo la de mayor disminución la derivada de las causas externas (1146,7 AVPP x 100000 hombres) y la de menor disminución la relacionada con neoplasias (61,5 AVPP x 100000 hombres). Respecto del 2014 para el año 2015 se presentó un aumento en todas las tasas excepto en los grupos de las demás causas, enfermedades del sistema circulatorio y afecciones del periodo perinatal.

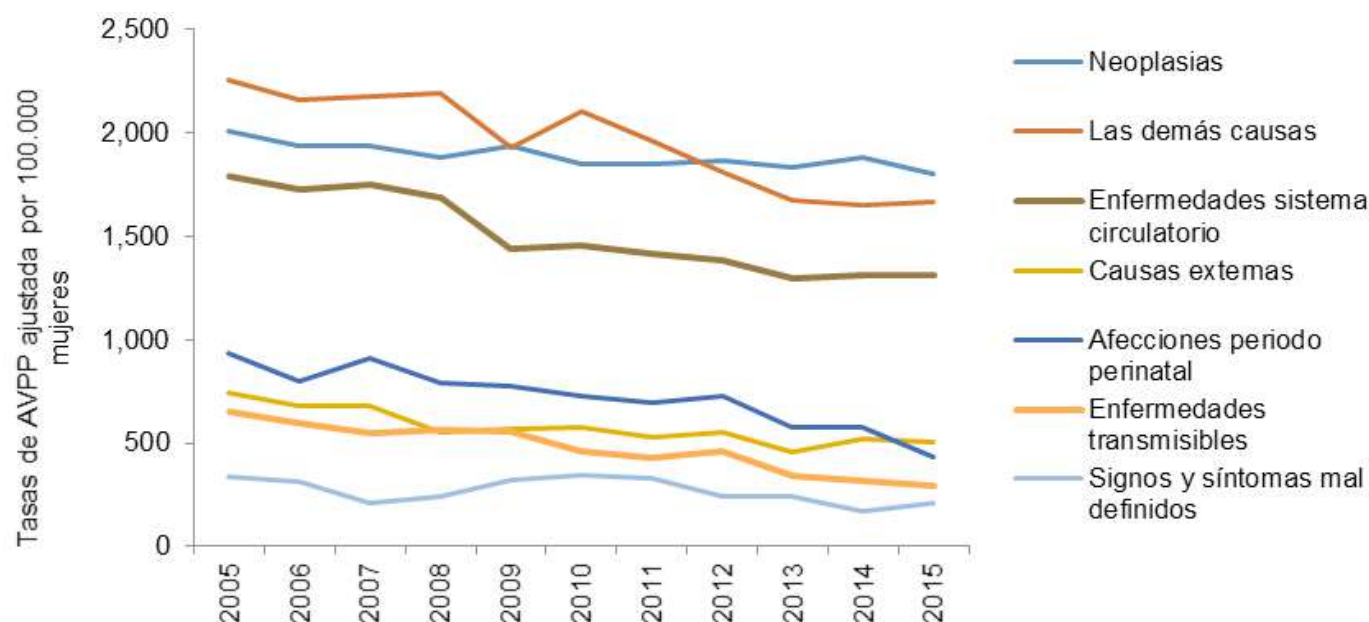
Gráfico 12. Tasa y Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos x 100000 hombres. Bogotá D.C., 2005 - 2015

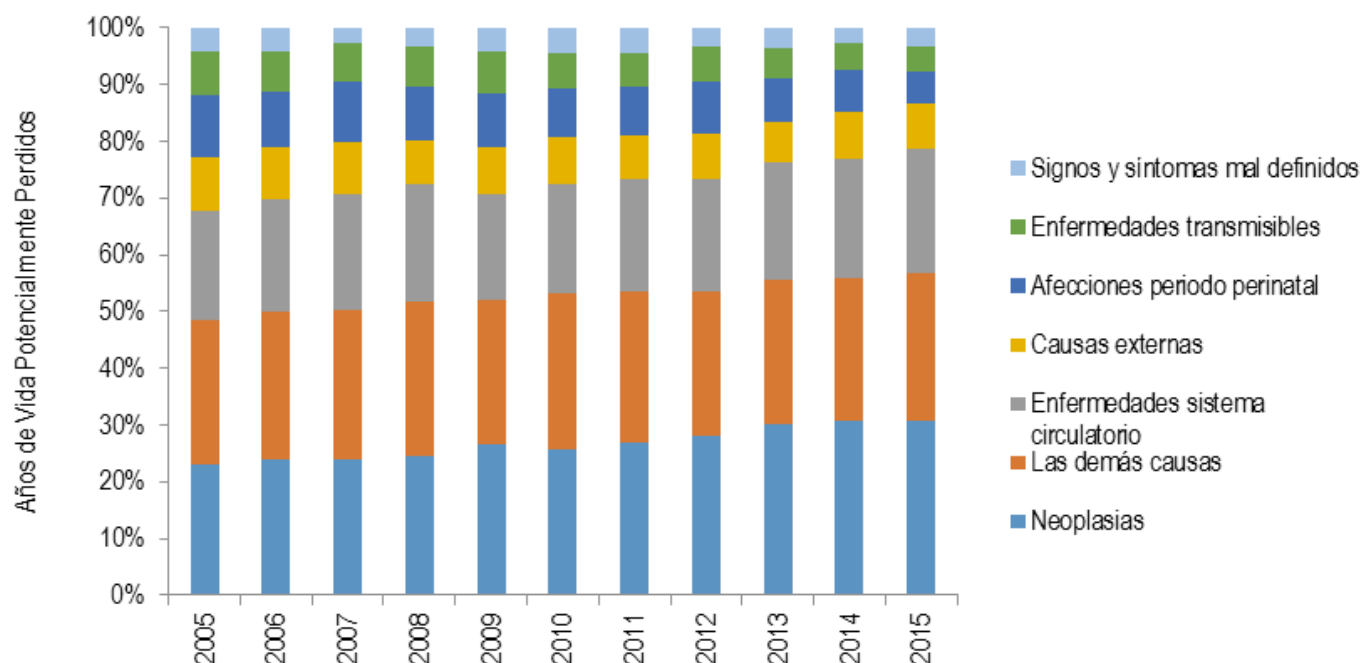


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el grupo de mujeres, se evidenció que el grupo de las neoplasias y las demás causas tienen los indicadores más elevados; las enfermedades del sistema circulatorio, presentan frecuencias similares en ambos sexos, al igual que las denominadas causas mal definidas. De la misma forma, cómo en el grupo general y en el grupo de hombres, las tasas de AVPP presentaron disminuciones durante el periodo del análisis, aunque su disminución fue menor en todos los casos, de tal forma, el grupo de causas que presentó mayor disminución en el periodo correspondió a las demás causas 592,2 AVPP x 100000 mujeres, seguido de todas las afecciones del periodo perinatal con una disminución de 500,7 AVPP x 100000 mujeres; las tasas que tuvieron menor disminución correspondieron al grupo de afecciones mal definidas y las neoplasias con disminuciones de 123,51 y 210,9 AVPP x 100000 mujeres respectivamente (Gráfica 13). Respecto al 2014, los grupos de las demás causas y afecciones mal definidas tuvieron un aumento en el año 2015, el resto de grupos mantuvo la disminución.

Gráfico 13. Tasa y Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos x 100000 mujeres. Bogotá D. C., 2005-2015





Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

En general, se observó que las neoplasias, han presentado un aumento en el aporte a este indicador durante el periodo de análisis, situación contraria a las enfermedades transmisibles que han presentado disminución; esto puede ser debido al envejecimiento de la población lo que indica mayor prevalencia de enfermedades crónicas y menor prevalencia de transmisibles debido a las estrategias de vacunación. Las causas que durante el periodo aportan mayor cantidad de AVPP son las neoplasias, las causas externas y las denominadas todas las demás enfermedades, las cuales comprenden diagnósticos como: *Diabetes Mellitus; Deficiencias Nutricionales Y Anemias Nutricionales; Trastornos Mentales Y Del Comportamiento; Enfermedades Del Sistema Nervioso, Excepto Meningitis; Enfermedades Respiratorias; Enfermedades Del Sistema Digestivo; Enfermedades Del Sistema Urinario; Embarazo, Parto Y Puerperio; Malformaciones Congénitas, Deformidades Y Anomalías Cromosómicas.*

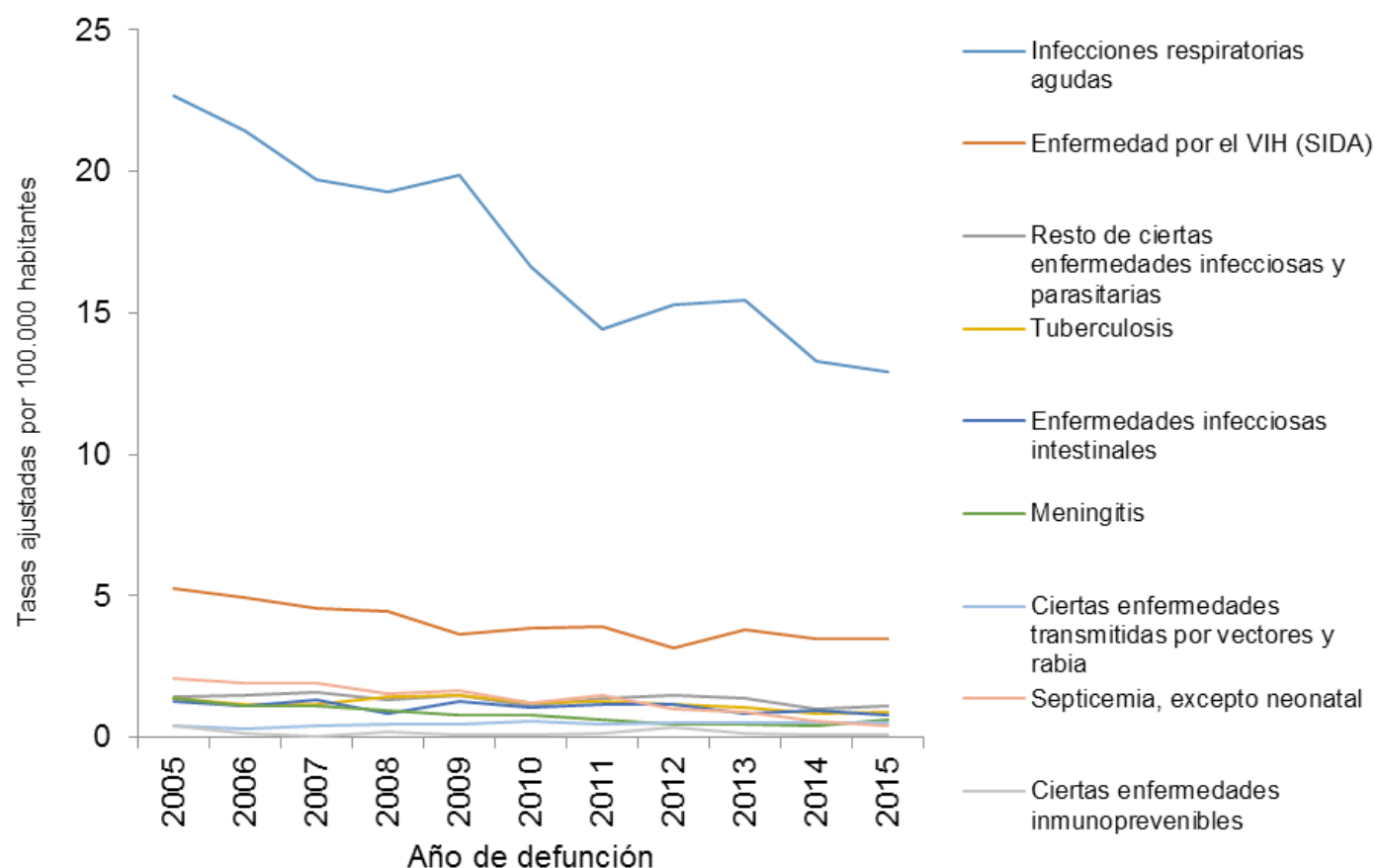
2.1.2. Mortalidad específica por subgrupo – Tasas ajustadas

2.1.2.1. Mortalidad por enfermedades transmisibles

La principal causa de mortalidad específica para las condiciones transmisibles, corresponde a las infecciones respiratorias agudas; estas infecciones muestran un comportamiento tendiente a la disminución durante el periodo 2005 – 2015. El segundo lugar, lo ocupa la enfermedad por VIH (SIDA), cuyo comportamiento también tiende a la disminución durante el periodo objeto de observación. Con respecto a la variación, se observó que precisamente la causa más importante (infecciones respiratorias agudas) presentó la mayor disminución

(9,7 x 100000 habitantes), mientras que en los demás grupos la variación fue mucho menor por debajo de (2 x 100000 habitantes) (gráfica 14).

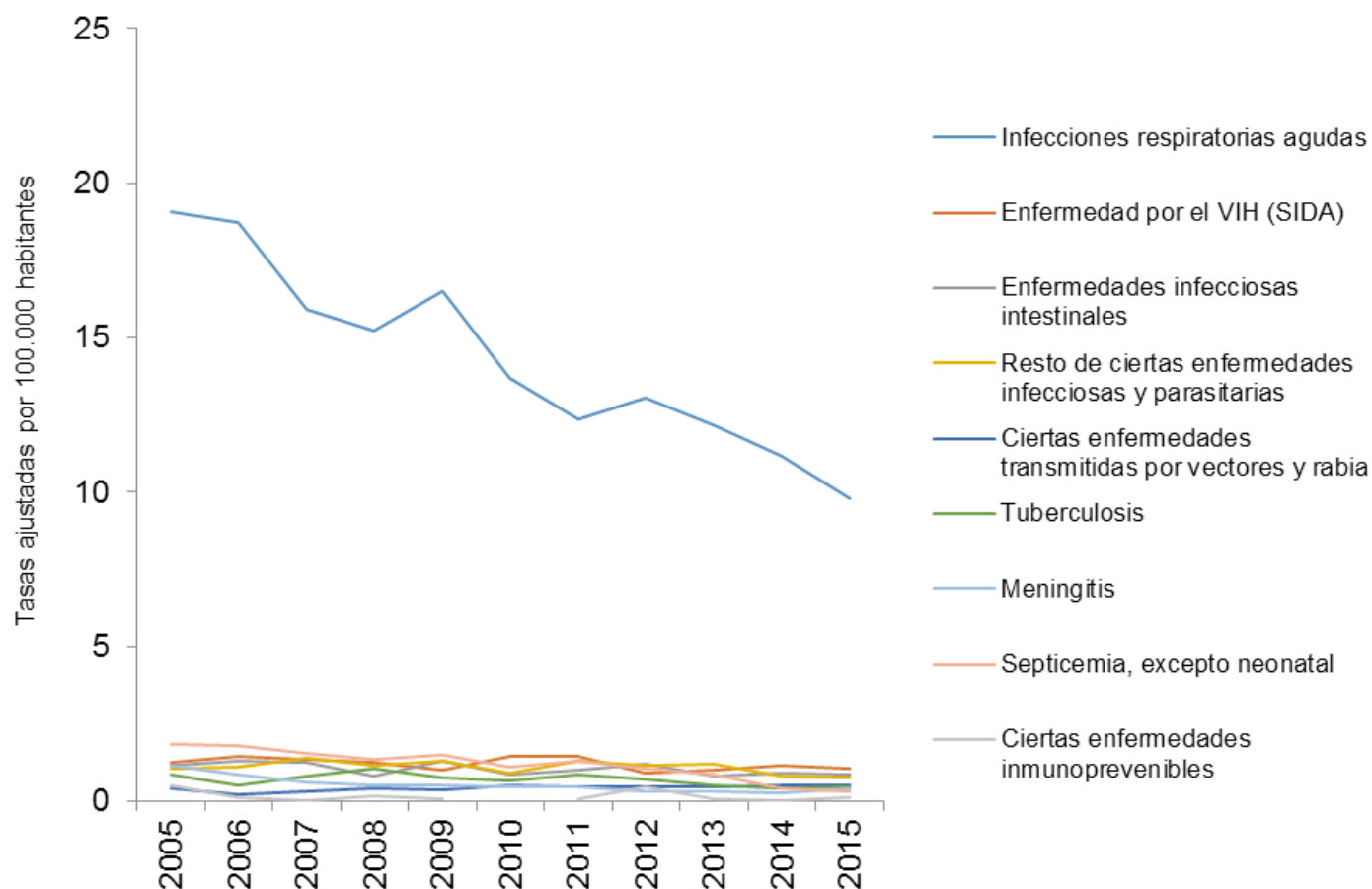
**Gráfico 14. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles.
Bogotá D. C. 2005 - 2015**



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el grupo de mujeres, la principal causa de mortalidad específica para las condiciones transmisibles durante el periodo comprendido entre 2005 - 2015, corresponde a las infecciones respiratorias agudas, la cual muestra un comportamiento tendiente a la disminución durante el periodo 2005 - 2015. El segundo lugar, lo ocupa el grupo de Enfermedad por el VIH, cuyo comportamiento permanece estable durante el periodo objeto de observación. La mayor variación, se observó en el grupo de infecciones respiratorias agudas en donde se presentó la mayor disminución (9,2 x 100000 habitantes), seguida de la septicemia, excepto neonatal (1,5 x 100000 mujeres) mientras que en los demás grupos la variación se mantuvo entre 0,1 y 0,7 x 100000 mujeres (gráfica 15).

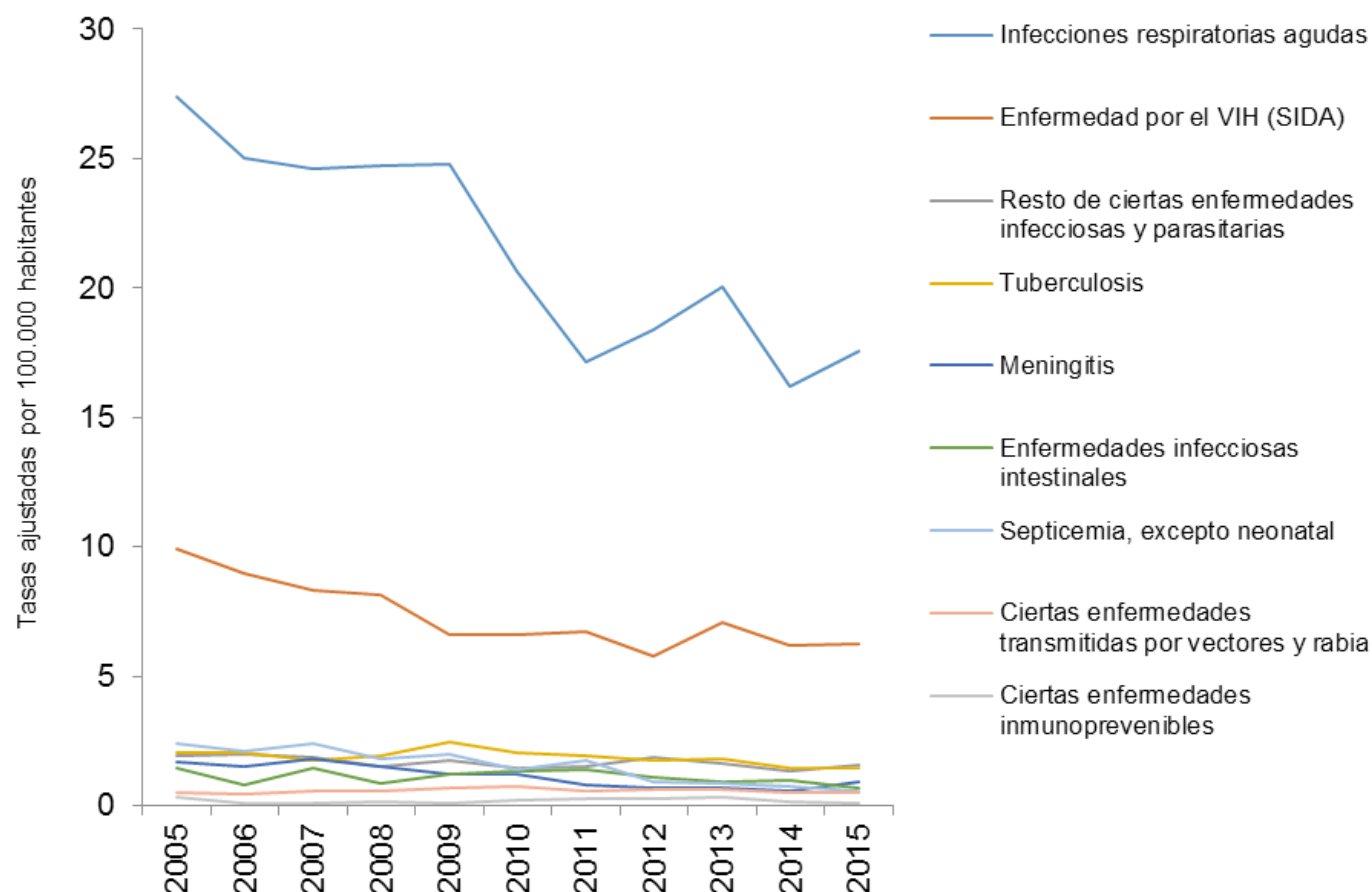
Gráfico 15. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por enfermedades transmisibles. Bogotá D. C., 2005 - 2015



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el grupo de hombres, la principal causa de mortalidad específica para las condiciones transmisibles durante el periodo comprendido entre 2005 - 2015, corresponde a las infecciones respiratorias agudas, la cual muestra un comportamiento tendiente a la disminución durante el periodo 2005 - 2015. El segundo lugar, lo ocupa el grupo de enfermedad por el VIH, cuyo comportamiento permanece estable durante el periodo objeto de observación. La mayor variación, se observó en el grupo de infecciones respiratorias agudas en donde se presentó la mayor disminución ($9,8 \times 100000$ habitantes), seguida de enfermedad por VIH ($3,6 \times 100000$ mujeres) y septicemia excepto neonatal ($1,85 \times 100000$ habitantes) mientras que en los demás grupos la variación se mantuvo entre $0,1$ y $0,7 \times 100000$ mujeres (gráfica 16).

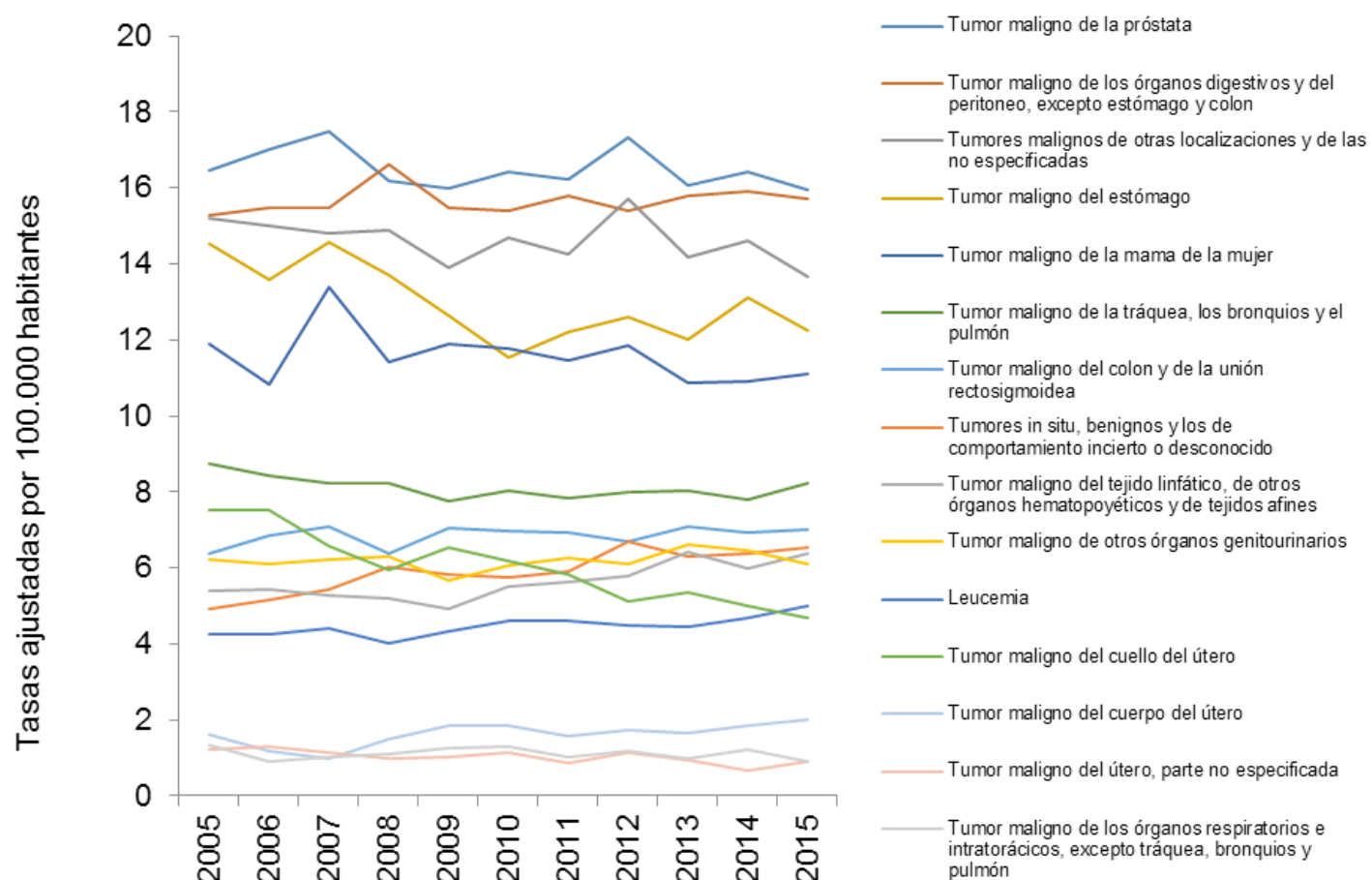
Gráfico 16. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por enfermedades transmisibles. Bogotá D. C., 2005 – 2015



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.2.2. Mortalidad por neoplasias

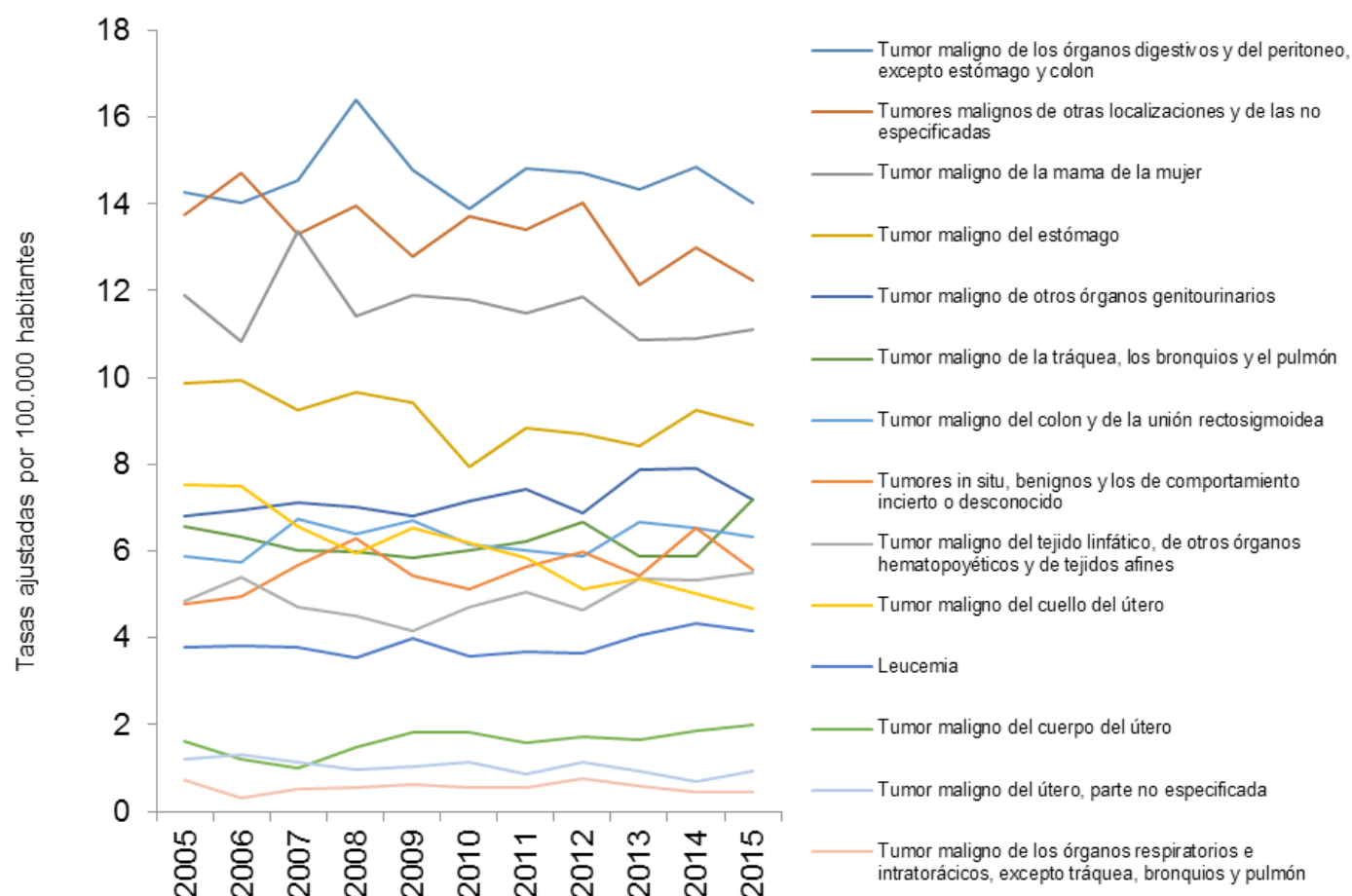
Durante el periodo 2005 – 2015 en Bogotá, la primer causa de mortalidad por cáncer son los tumores malignos de la próstata, seguidos de tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo (excepto estómago y colón) y los tumores malignos de otras localizaciones y no específicas. La tendencia de la mortalidad por los diferentes tipos de cáncer se mantiene estable durante el periodo de observación, con una leve tendencia a disminuir (gráfica 17).

Gráfico 17. Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias. Bogotá D. C., 2005 – 2015

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Con respecto a las mujeres en Bogotá, las principales causas son los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, los tumores malignos de otras localizaciones y de las no específicas, los tumores malignos de la mama y los tumores malignos de estómago. La tendencia de la mortalidad específica por cáncer en mujeres se mantiene estable durante el periodo 2005 – 2015 con algunos picos y leves disminuciones en diferentes años. Las disminuciones en las tasas en el periodo de análisis fueron del orden de 0,1 a 2,8 x 100000 personas y los aumentos estuvieron entre 0,2 y 0,7 x 100000 personas. La tasa que más disminuyó correspondió al tumor maligno del cuello del útero, mientras que la que más aumentó correspondió a tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (gráfica 18).

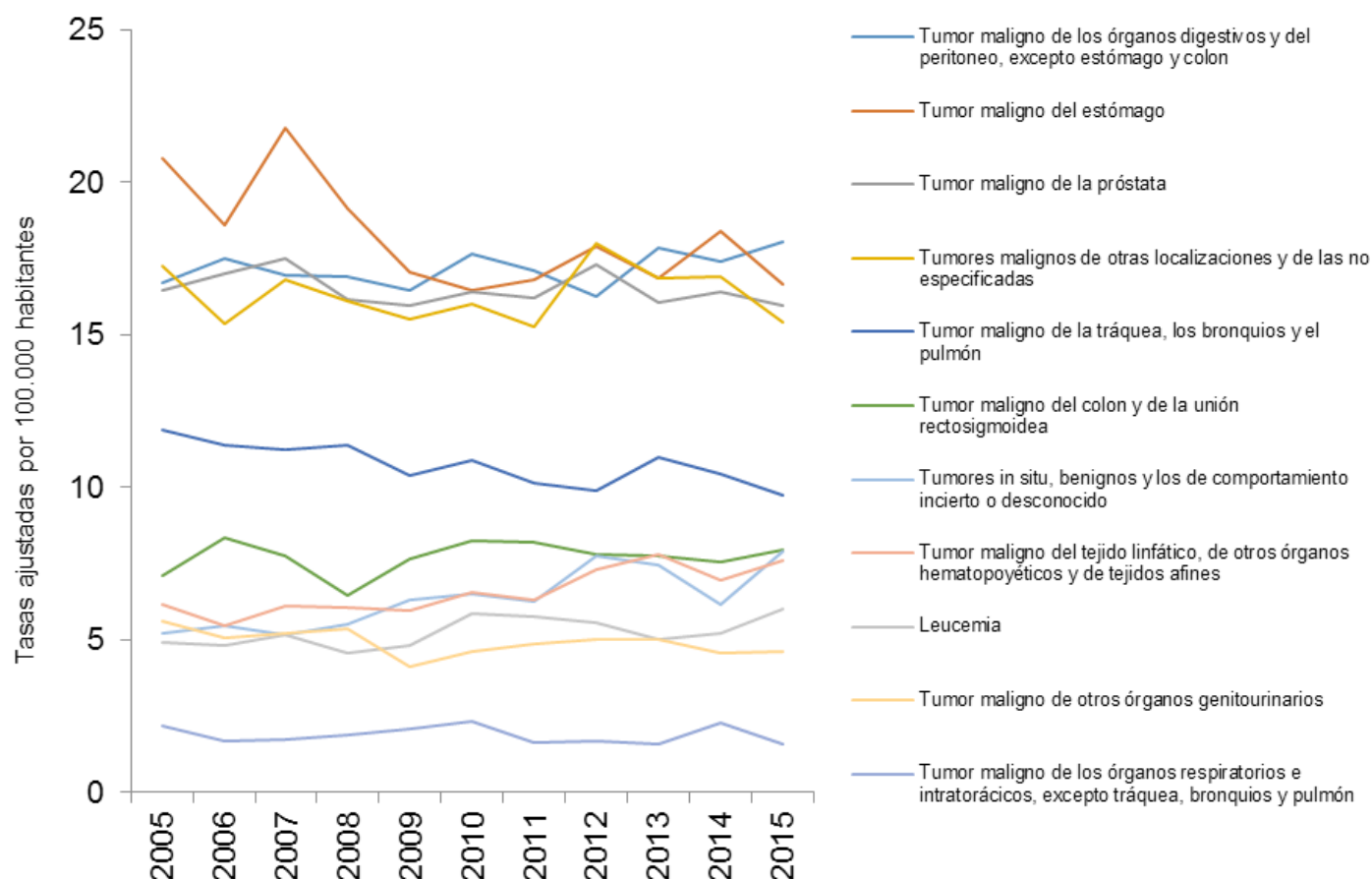
**Gráfico 18. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por neoplasias.
Bogotá D. C., 2005 - 2015**



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Las primeras causas de mortalidad específica por cáncer en hombres en Bogotá, son en orden: tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, tumor maligno de estómago y tumor maligno de próstata. La tendencia de la mortalidad específica por cáncer de estómago en hombres tiende a la disminución durante los últimos años, sin embargo para los otros tipos de cáncer se presentan diferentes tipos de variación (Gráfica 19); por ejemplo, los tumores in situ, benignos y de comportamiento incierto aumentaron su tasa en 2,6 x 100000 personas, mientras que el tumor maligno de estómago disminuyó en 4,1 x 100000 personas.

**Gráfico 19. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por neoplasias.
Bogotá D. C., 2005 – 2015**

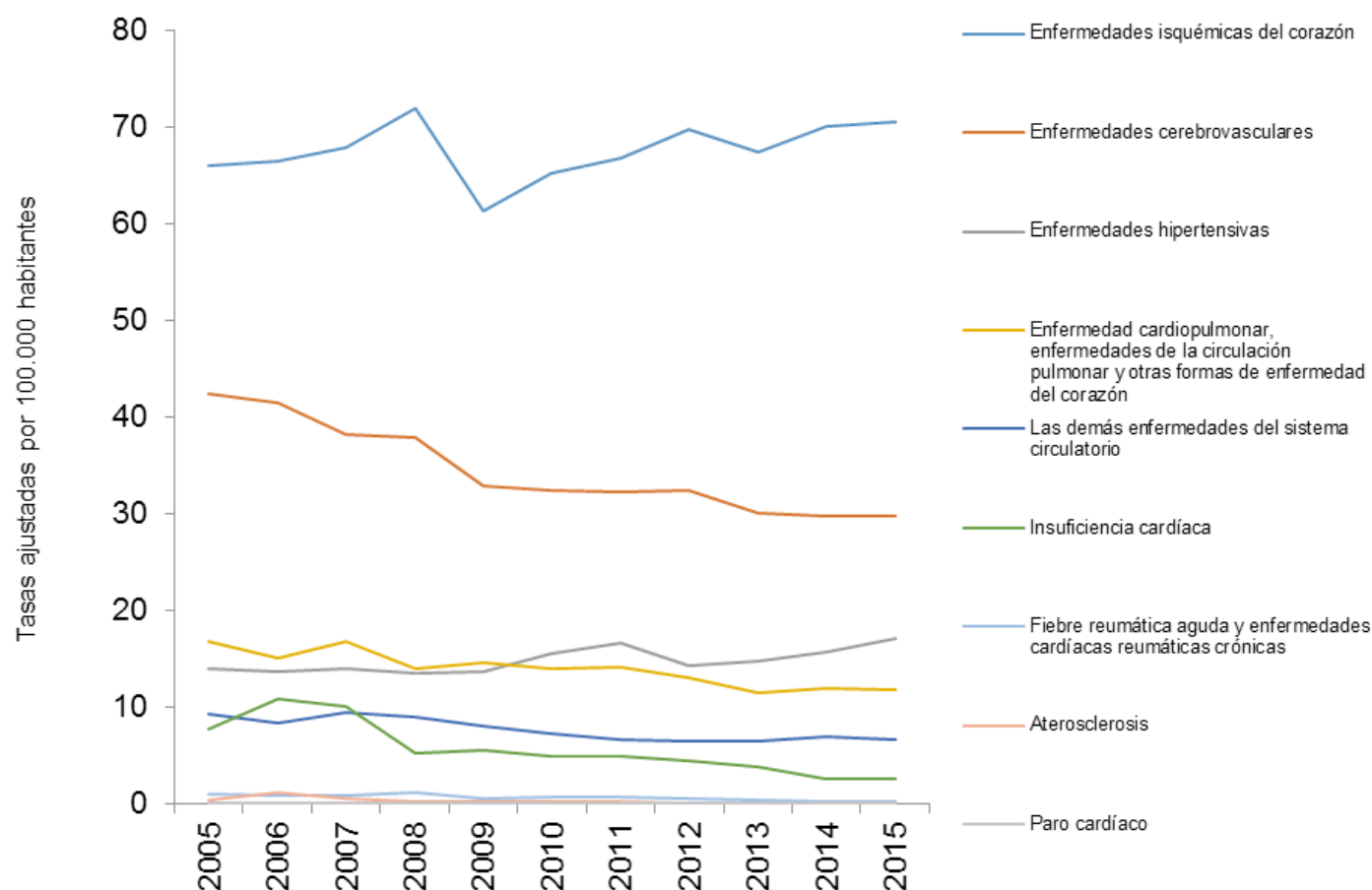


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.2.3. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

Durante el periodo 2005 – 2015, entre las primeras causas de mortalidad específica por sistema circulatorio en Bogotá, estuvieron en las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebro vasculares y las enfermedades hipertensivas. La tendencia de las enfermedades isquémicas del corazón se ha mantenido estable, sin embargo en los dos últimos años ha aumentado, por su parte las enfermedades cerebro vasculares han mostrado una tendencia a la disminución durante el periodo de observación, siendo la más importante de este grupo (12, 7 x 100000 personas), en contraste con las enfermedades hipertensivas que aumentaron en 3,0 x 100000 personas (gráfica 20).

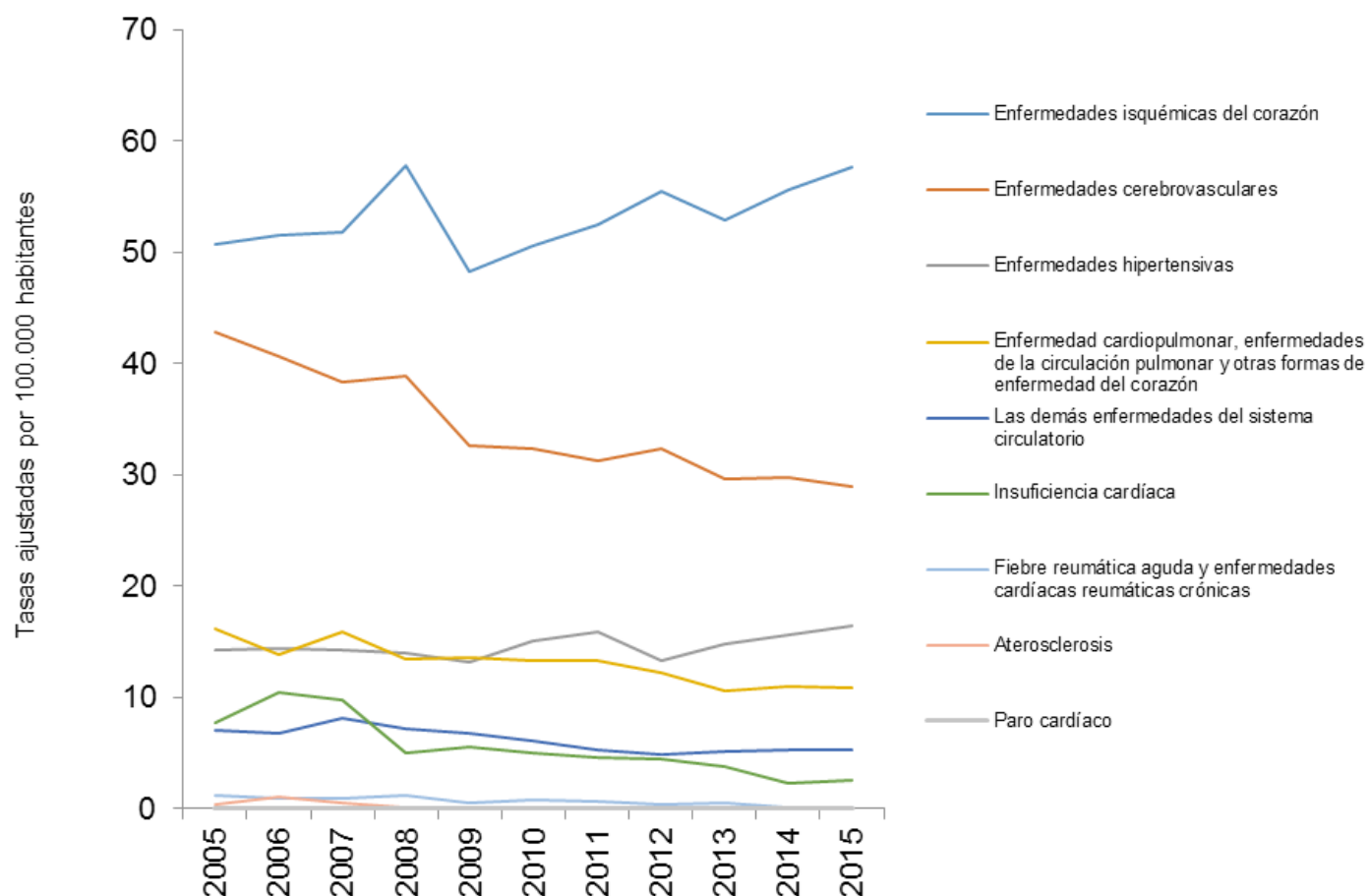
Gráfico 20. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. Bogotá D. C., 2005 – 2015



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el grupo de mujeres, entre las primeras causas de mortalidad específica por sistema circulatorio, se encontraron las enfermedades isquémicas del corazón, seguida de las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas, esta última al igual que el grupo general, presentó la mayor disminución en el periodo de observación ($13,9 \times 100000$ personas), mientras que las enfermedades isquémicas del corazón aumentaron en el orden de $6,9 \times 100000$ personas (gráfica 21).

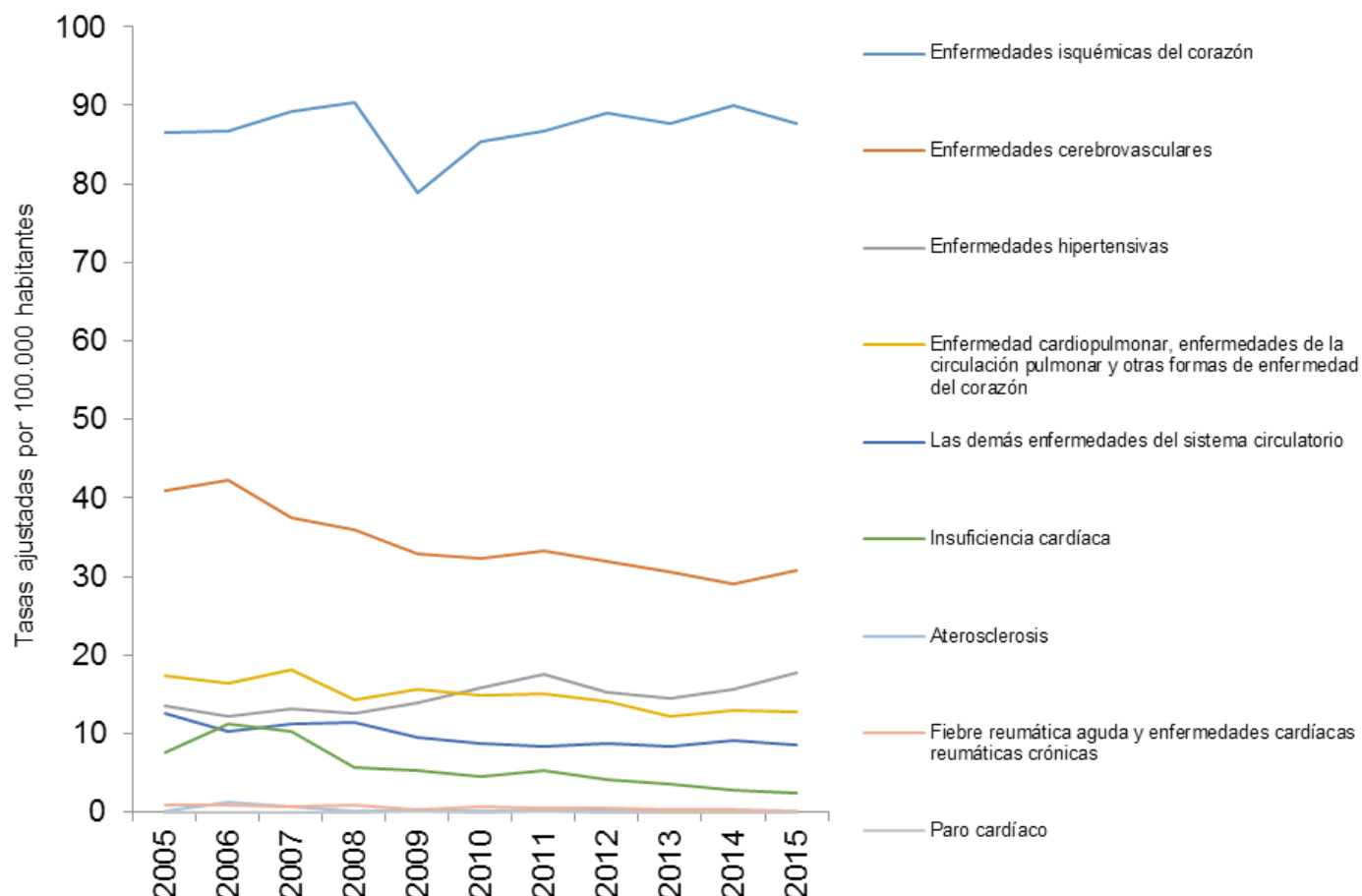
Gráfico 21. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por enfermedades del sistema circulatorio. Bogotá D. C., 2005 – 2015



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Entre las primeras causas de mortalidad específica por sistema circulatorio en hombres en Bogotá, estuvieron en las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares, dicho comportamiento es similar que el observado en las mujeres, no obstante, las tasas en general son mal altas en este grupo poblacional. Con respecto a la variación, mientras que las enfermedades isquémicas del corazón aumentaron en 1,2 x 100000 personas, la disminución mas notable correspondió a las enfermedades cerebrovasculares con 10,2 (Gráfica 22).

Gráfico 22. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por enfermedades del sistema circulatorio. Bogotá D. C., 2005 – 2015

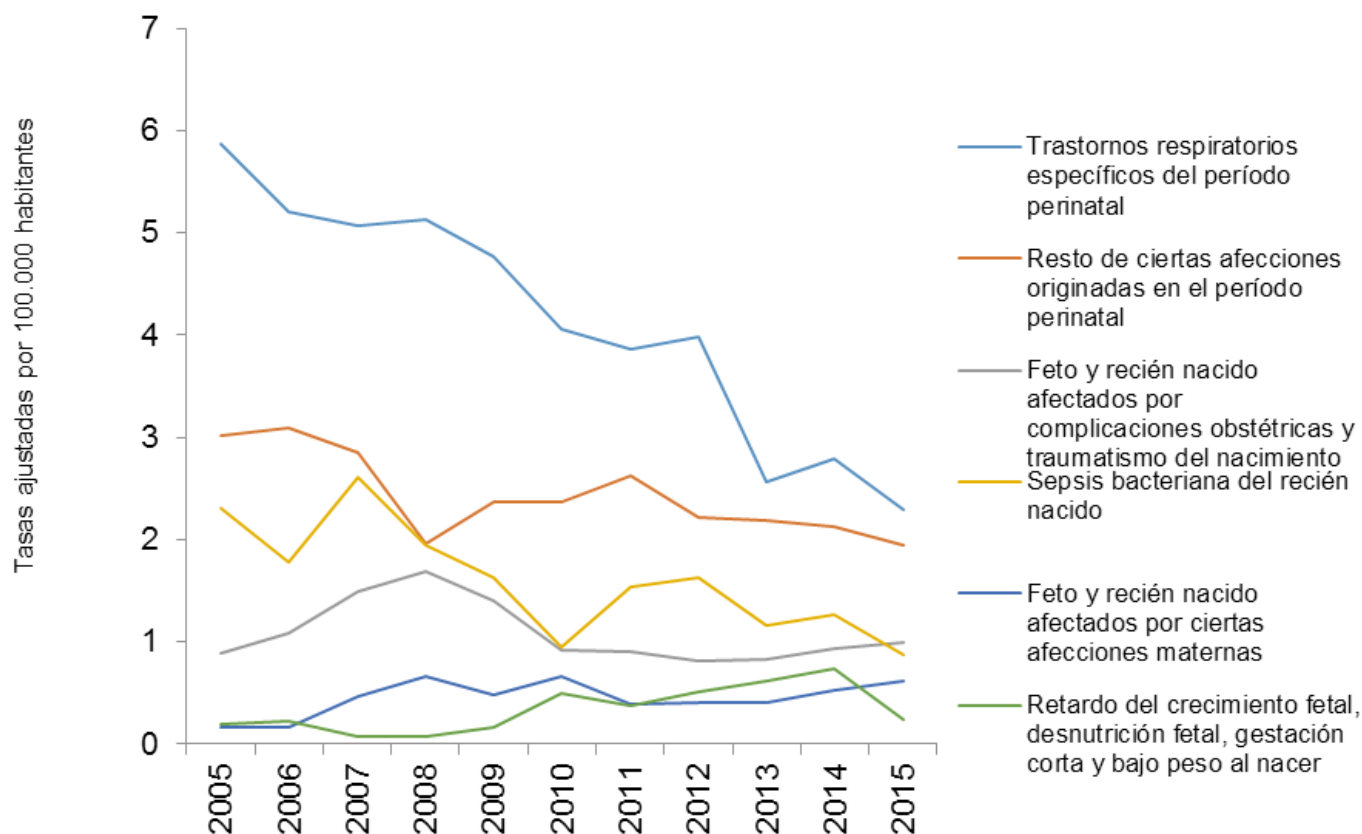


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.2.4. Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

La mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal mostró que la primera causa de este grupo correspondió a trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con una evolución netamente descendente pasando de 5,9 por 100000 personas en 2005 a 2,3 por 100000 en 2015, siendo la mayor variación ocurrida para este grupo de causas (3,6 por 100000 habitantes) (gráfica 23).

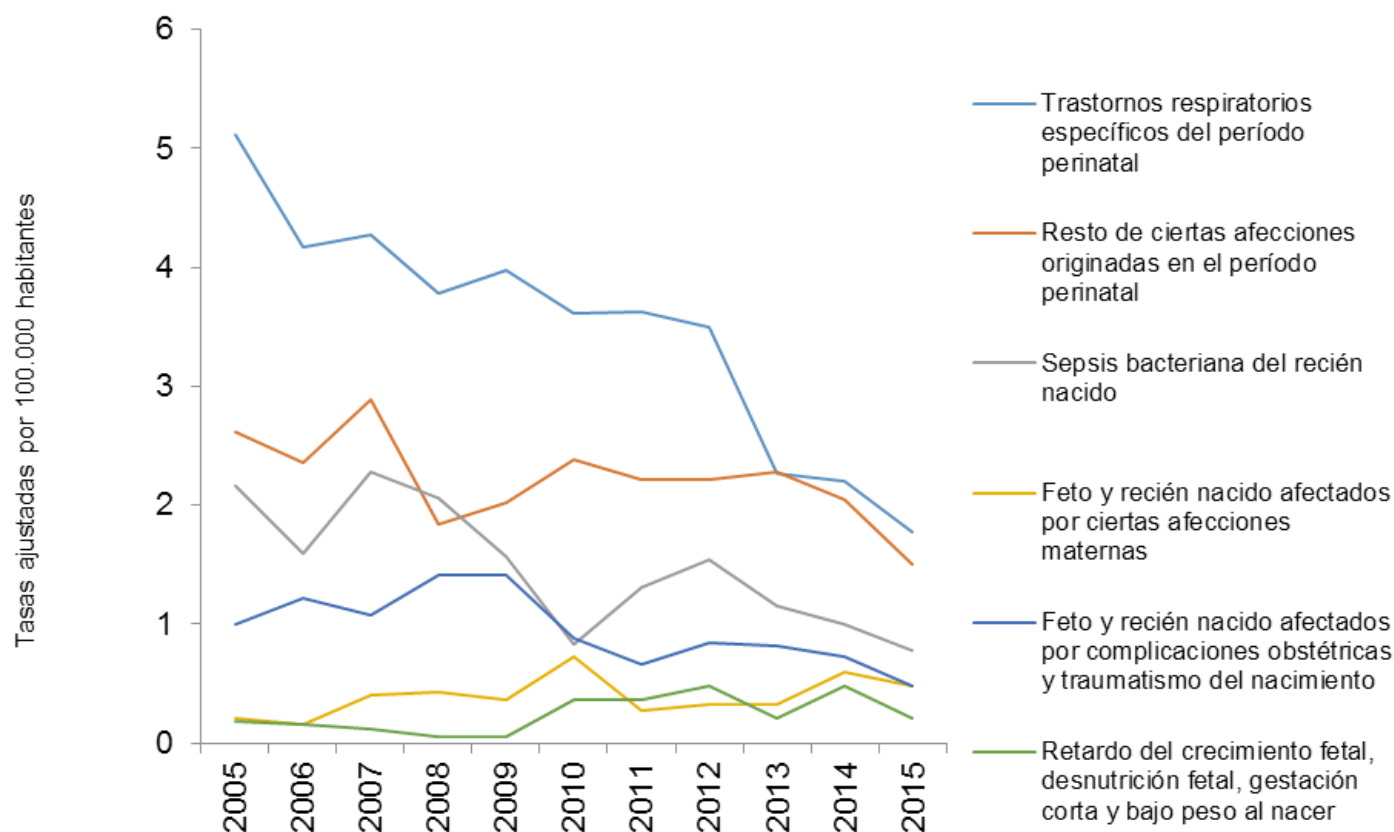
Gráfico 23. Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones en el periodo perinatal. Bogotá D. C., 2005 – 2015



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

En el grupo de mujeres, las afecciones en el periodo perinatal, presentaron un comportamiento similar a la mortalidad en ambos sexos, siendo los trastornos respiratorios específicos del período perinatal quienes ocupen el primer lugar entre estas causas (1,1 por 100000 habitantes). En tal sentido, los trastornos respiratorios tuvieron la mayor disminución de este grupo de causas (3,3 por 100000 habitantes) mientras que las demás presentaron variación menos evidente (gráfica 24).

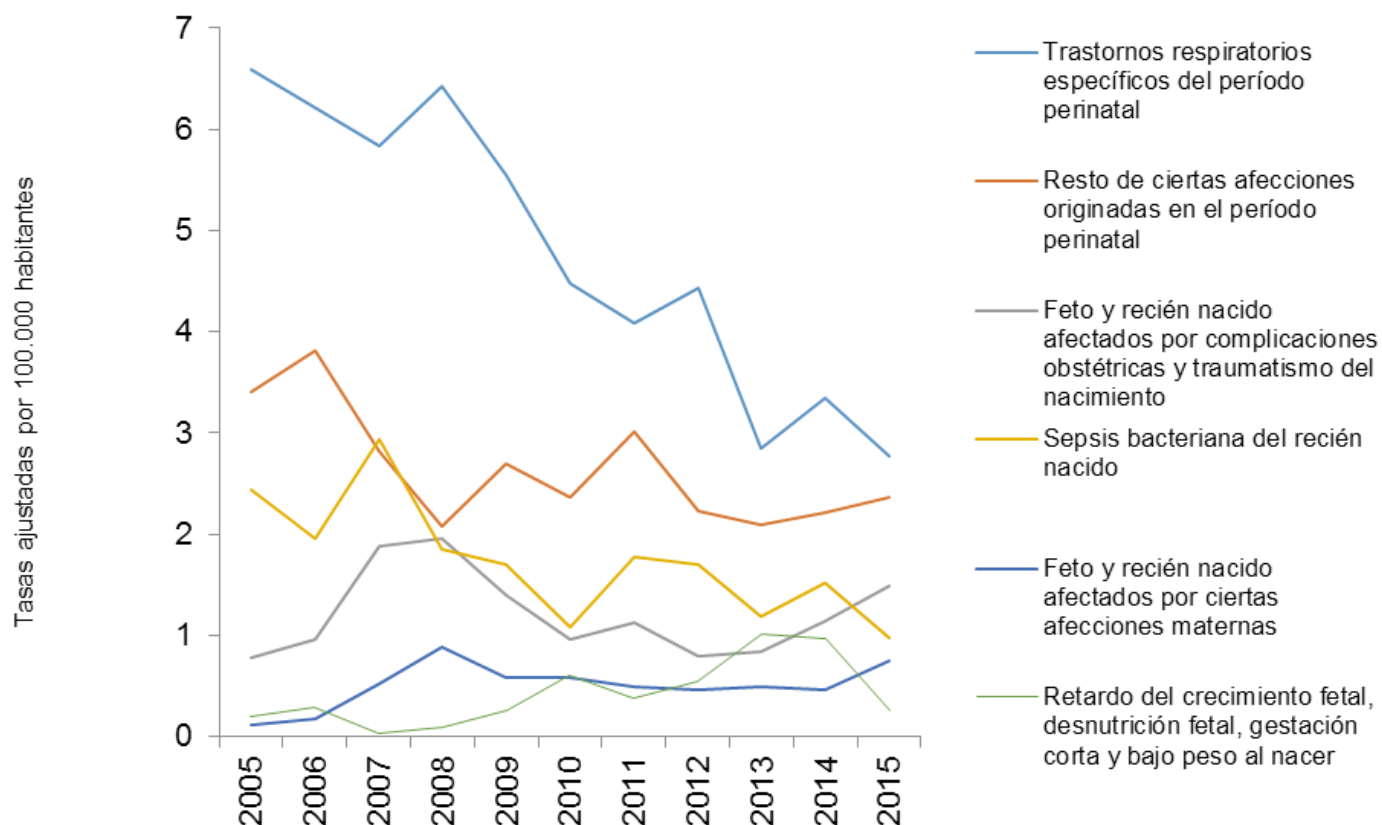
Gráfico 24. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por ciertas afecciones en el periodo perinatal. Bogotá D. C., 2005 – 2015



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

En el grupo de hombres, las tendencias de las causas en este grupo, se comportaron de manera muy similar al grupo general, mostrando los trastornos respiratorios específicos, como la causa más importante de mortalidad. Adicionalmente, esta última también fue la causa que más varió en el periodo de análisis dado que disminuyó en total 3,8 x 100000 personas (gráfica 25).

Gráfico 25. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por ciertas afecciones en el periodo perinatal. Bogotá D. C., 2005 – 2015

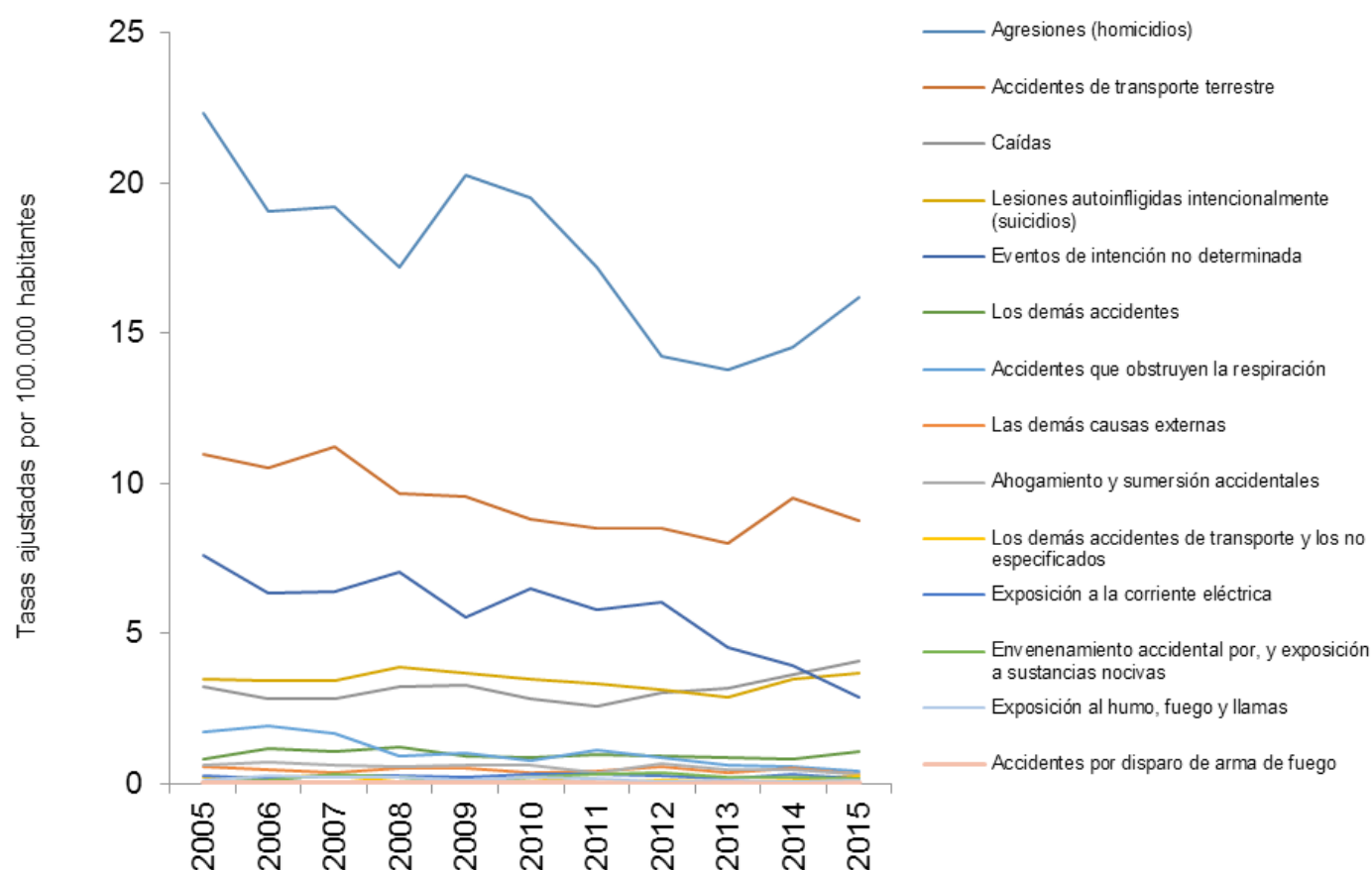


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.2.5. Mortalidad por causas externas

Con respecto al análisis de las causas externas, se observó que la primera causa durante todo el periodo fueron las agresiones (homicidios), seguida por los accidentes de transporte terrestre. Las causas menos frecuentes fueron por disparos de arma de fuego. Igualmente, las variaciones más importantes durante el periodo de análisis fueron las de las causas de mayor presentación agresiones y accidentes de transporte terrestre, en las cuales se nota una disminución (gráfica 26).

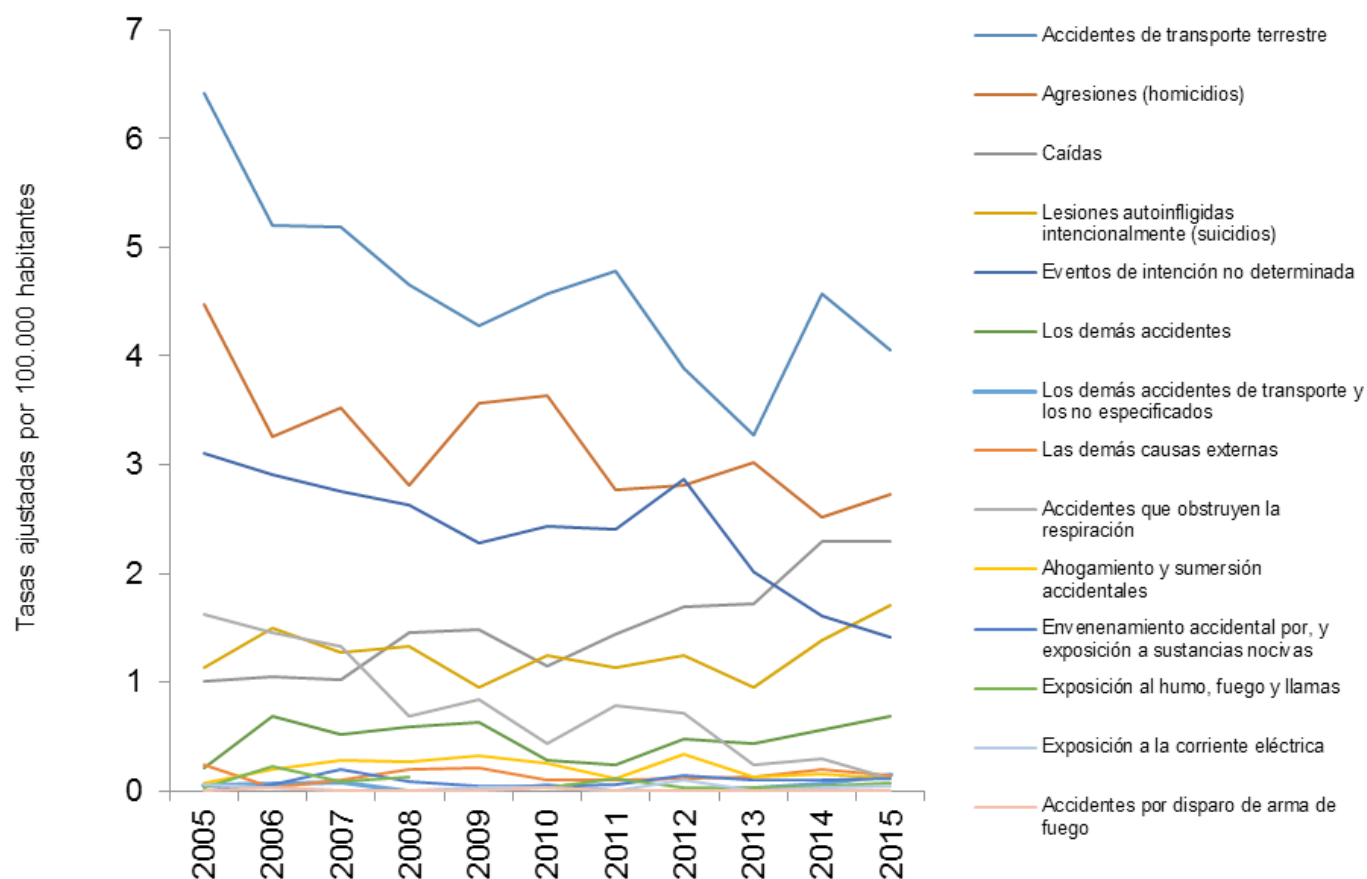
Gráfico 26. Tasa ajustada de mortalidad por causas externas. Bogotá D. C., 2005 – 2015



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

En el grupo de mujeres, se observó una distribución más homogénea de las tasas de mortalidad por causas externas, es así como, las causas de mayor importancia fueron los accidentes de transporte terrestre en primer lugar y las agresiones (homicidios) en segundo lugar. Las tendencias en general fueron descendentes con valores que oscilaron entre 2,3 y 0,02 x 100000 mujeres. Las variaciones más importantes también se presentaron en este subgrupo de causas, disminuyendo su presentación 2,3 y 1,7 x 100000 mujeres respectivamente (gráfica 27).

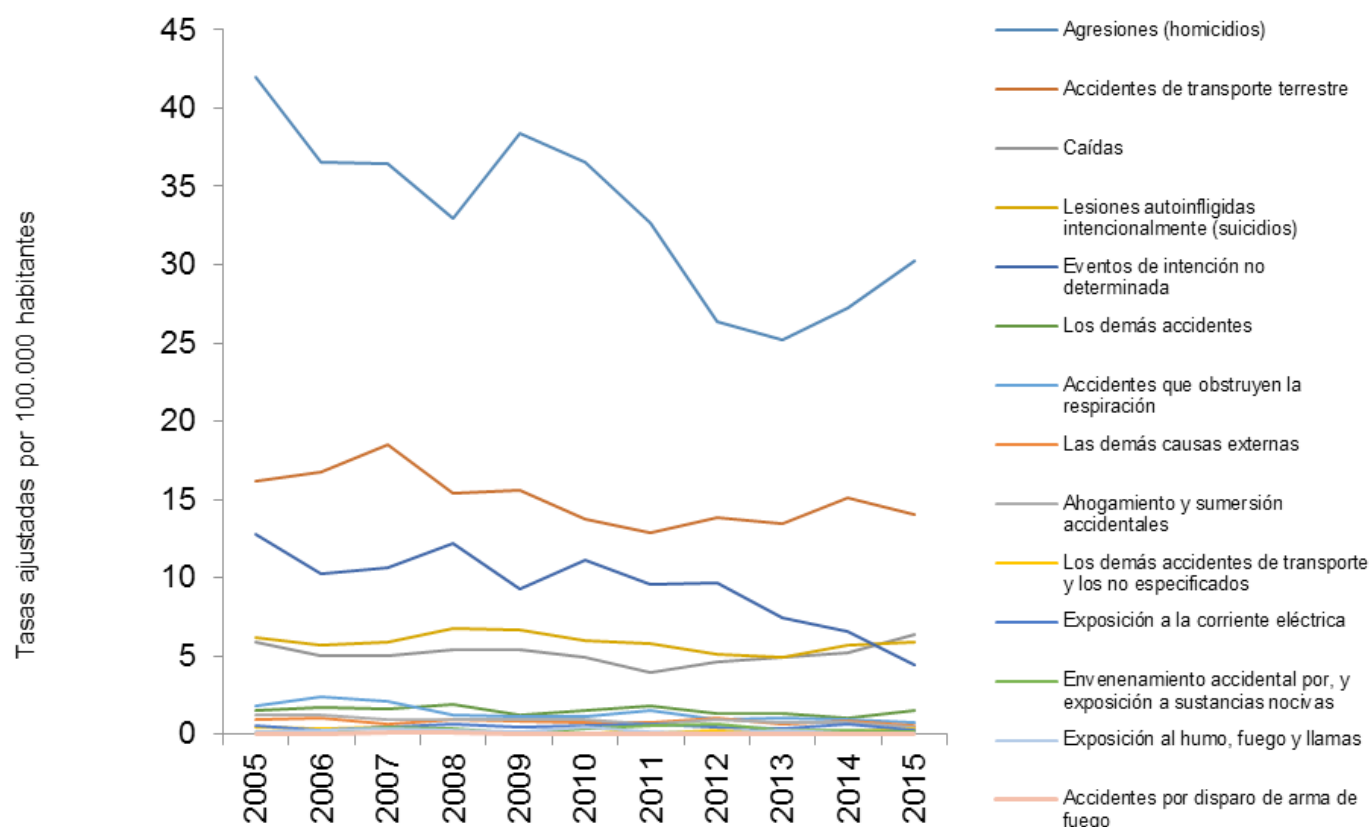
**Gráfico 27. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por causas externas.
Bogotá D. C., 2005 – 2015**



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

En el grupo de hombres, los indicadores de la mortalidad por causas externas mostraron un comportamiento similar con el grupo general, siendo las causas más comunes las agresiones (homicidios) y los accidentes de transporte terrestre. No obstante, es importante tener en cuenta que la tasa de agresiones (homicidios) en hombres, fue seis veces más alta que en las mujeres en el último año, aun cuando se observó una tendencia a la disminución durante el periodo de análisis. Con respecto a las variaciones, las variaciones más altas se dieron en el grupo de agresiones (homicidios) con una reducción de 11,7 x 100000 habitantes y los eventos de intención no determinada que se redujeron en 8,3 x 100000 habitantes. En este grupo, solo dos causas aumentaron su presentación, el envenenamiento accidental y Exposición a la corriente eléctrica, aunque los aumentos no superaron el 0,2 x 100000 personas (gráfica 28).

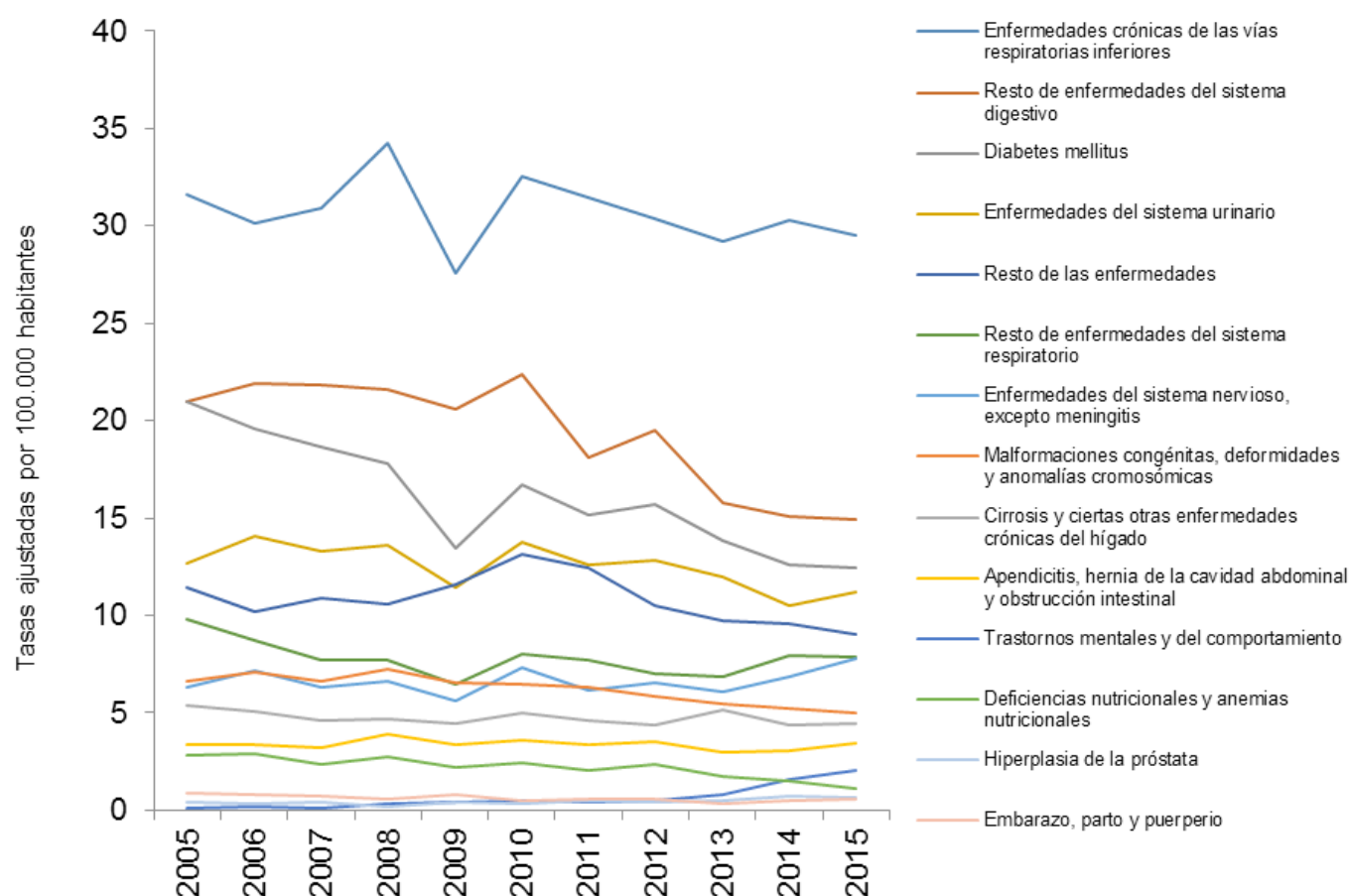
Gráfico 28. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por causas externas.
Bogotá D. C., 2005 – 2015



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.2.6. Mortalidad por las demás causas

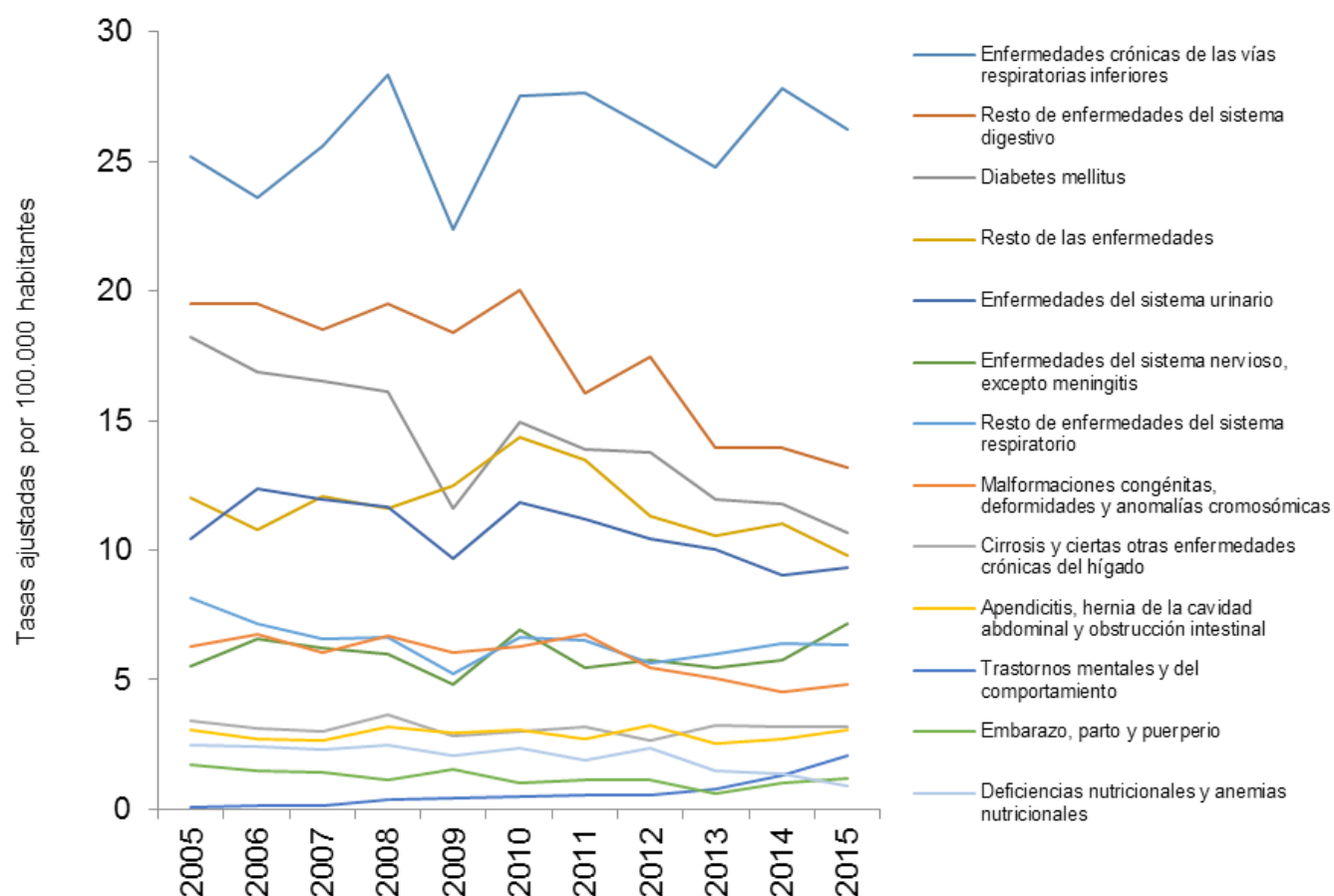
En el grupo de las demás causas, se observó que las causas más importantes correspondieron a enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, seguido por el resto de enfermedades del sistema digestivo y diabetes mellitus. En contraste, las causas menos comunes correspondieron a embarazo, parto y puerperio e hiperplasia de la próstata. Se observó tendencia la disminución en la mayoría de las causas, aunque hiperplasia de próstata y los trastornos mentales y del comportamiento presentaron aumentos leves en el final del periodo de análisis. (0,2 y 1,9 x 100000 personas respectivamente). Las variaciones más altas las presentaron diabetes mellitus con disminución de (8,5 x 100000 habitantes) y resto de las enfermedades del sistema digestivo (6 x 100000 habitantes) (gráfica 29).

Gráfico 29. Tasa ajustada de mortalidad por las demás causas. Bogotá D. C., 2005 – 2015

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

En las mujeres, la mortalidad por las demás causas, tiene un comportamiento similar al del total de la población, siendo las tres primeras causas las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, el resto de enfermedades del sistema digestivo y la diabetes mellitus. La variaciones con tendencia a la disminución se presentaron en Diabetes mellitus ($7,5 \times 100000$ habitantes) y resto de enfermedades del sistema digestivo ($6,35 \times 100000$) (gráfica 30).

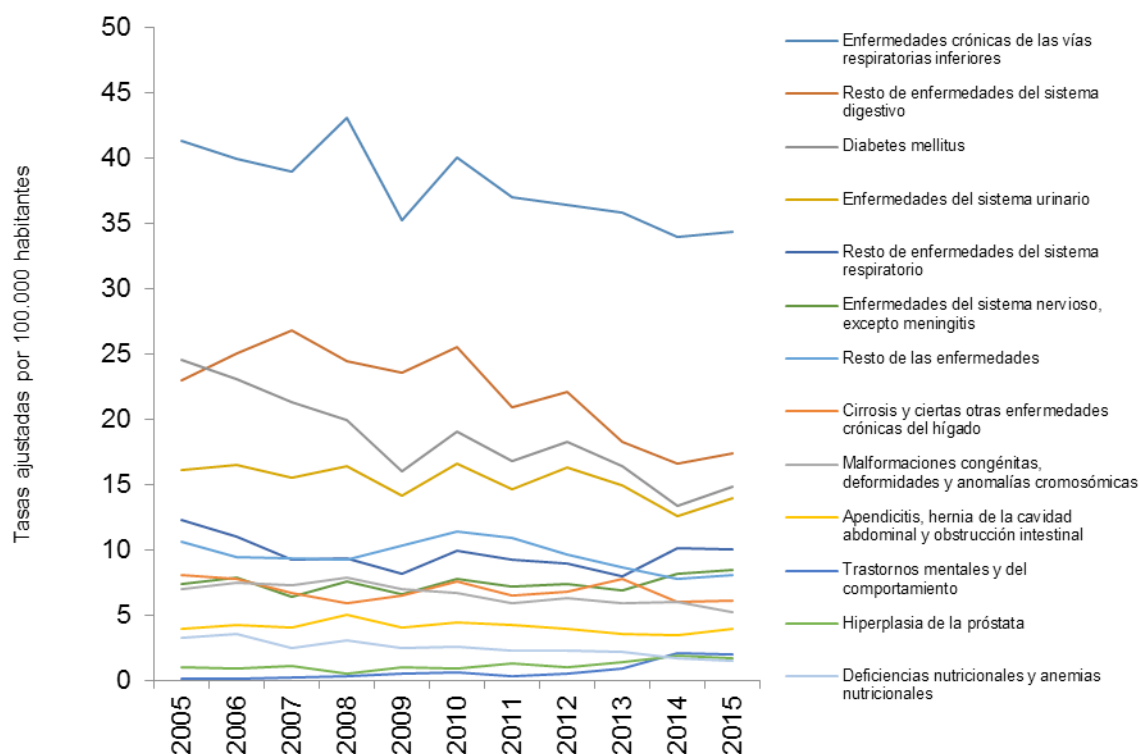
**Gráfico 30. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por las demás causas.
Bogotá D. C., 2005 – 2015**



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

En hombres, la mortalidad por las demás causas, tiene un comportamiento similar al del total de la población y al de las mujeres, siendo las tres primeras causas las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, el resto de enfermedades del sistema digestivo y la diabetes mellitus. Las variaciones más importantes se dieron en diabetes mellitus (-9,7 x 100000 habitantes) y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (-7,0 x 100000 habitantes). En este segmento de la población, la hiperplasia prostática, los trastornos mentales y del comportamiento, Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal y las enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis presentaron aumento en el periodo de análisis. (gráfica 31)

**Gráfico 31. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por las demás causas.
Bogotá D. C., 2005 – 2015**



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública

En general no se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar las tasas de mortalidad de Bogotá con las de la nación. En el seguimiento, se observó que para el último año los indicadores Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama, Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-inflingidas intencionalmente y Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento aumentaron en comparación con el año inmediatamente anterior.

Tabla 14. Semaforización de la mortalidad PDSP. Bogotá D. C., 2006 - 2015

Causa de muerte	Colombia 2015	Bogotá 2015	Comportamiento									
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	15,14	8,76	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	11,54	11,11	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,59	4,67	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	14,82	15,96	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	11,22	12,23	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	16,62	12,43	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-inflingidas intencionalmente	4,84	3,67	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1,32	2,06	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	25,25	16,16	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por malaria	4,41	0,01	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	1,44	0,79	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,38	0,05	↘	-	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.3. Mortalidad materno infantil y en la niñez

2.1.3.1. Mortalidad en menores de 1 año

La tasa de mortalidad específica en menores de 1 año para el año 2015, mostró que aunque se ha presentado un descenso de las muertes causadas por afecciones originadas en el período perinatal en el periodo de observación (2005 – 2015), aún sigue siendo la principal causa de muerte en el rango de edad en estudio (50% de todas las muertes) con una tasa de 4,51 por 1.000 nacidos vivos. En segundo lugar, se encuentran las malformaciones congénitas con una tasa de mortalidad de 2,61 muertes por 1.000 nacidos vivos, seguido de las enfermedades del sistema respiratorio con una tasa específica de 0,50 muertes por 1.000 nacidos vivos. Llama la atención que en el periodo de análisis los tres indicadores nombrados, mantienen su comportamiento con una leve tendencia a la disminución (tabla 14).

Tabla 15. Tasa de mortalidad en niñas y niños menores de 1 año. Bogotá D. C., 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,41	0,33	0,30	0,27	0,17	0,21	0,23	0,45	0,16	0,13	0,18
Tumores (neoplasias)	0,06	0,07	0,04	0,06	0,08	0,07	0,06	0,07	0,10	0,12	0,08
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,07	0,03	0,07	0,02	0,01	0,05	0,04	0,01	0,03	0,06	0,02
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,22	0,18	0,26	0,13	0,20	0,08	0,07	0,08	0,07	0,08	0,04
Enfermedades del sistema nervioso	0,28	0,21	0,17	0,12	0,10	0,18	0,11	0,15	0,14	0,08	0,10
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,08	0,09	0,06	0,10	0,07	0,13	0,06	0,07	0,08	0,07	0,08
Enfermedades del sistema respiratorio	1,31	1,13	1,43	1,64	0,93	1,02	1,02	1,01	0,81	0,75	0,58
Enfermedades del sistema digestivo	0,14	0,13	0,18	0,16	0,12	0,11	0,10	0,09	0,09	0,09	0,08
Enfermedades del sistema genitourinario	0,03	0,03	0,03	0,01	0,03	0,08	0,03	0,05	0,01	0,07	0,04
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7,43	6,77	7,12	6,51	6,14	5,69	6,07	6,01	5,00	5,35	4,51
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,43	3,40	3,17	3,38	2,97	3,11	3,26	2,95	2,92	2,61	2,61
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,16	0,88	0,65	0,71	0,99	1,03	0,89	0,71	0,69	0,47	0,50
Todas las demás enfermedades	0,01	0	0	0	0	0	0,02	0,01	0,01	0,02	0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,32	0,36	0,32	0,10	0,26	0,10	0,10	0,17	0,10	0,20	0,06

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Al analizar las tasas de mortalidad en menores de 1 año por sexo, se encuentra que aunque las principales causas de muerte siguen siendo las afecciones originadas en el período perinatal, las malformaciones congénitas, las deformidades y anomalías congénitas y las enfermedades del sistema respiratorio, en los hombres se presenta la mayor afectación que en las mujeres (Tablas 15 y 16), esto se traduce en tasas de mortalidad más altas en el grupo de hombres durante todo el periodo de observación.

Tabla 16. Tasa de mortalidad en niños menores de 1 año. Bogotá D. C., 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,50	0,32	0,18	0,33	0,12	0,30	0,29	0,37	0,21	0,19	0,17
Tumores (neoplasias)	0,05	0,07	0,02	0,02	0,08	0,09	0,05	0,06	0,09	0,09	0,09
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,07	0,05	0,08	0,02	0,02	0,05	0,07	0,02	0,04	0,02	0,04
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,26	0,14	0,23	0,13	0,17	0,05	0,07	0,09	0,08	0,02	0,06
Enfermedades del sistema nervioso	0,28	0,32	0,22	0,13	0,14	0,19	0,11	0,19	0,15	0,04	0,11
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,09	0,12	0,07	0,08	0,08	0,16	0,05	0,04	0,11	0,06	0,06
Enfermedades del sistema respiratorio	1,66	1,16	1,74	1,87	0,91	1,29	1,26	1,21	0,96	0,85	0,57
Enfermedades del sistema digestivo	0,17	0,22	0,17	0,08	0,17	0,14	0,13	0,11	0,04	0,15	0,06
Enfermedades del sistema genitourinario	0,03	0,05	0,02	0,02	0,02	0,11	0	0,09	0,02	0,09	0,06
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8,06	7,77	7,92	7,48	6,90	6,08	6,82	6,42	5,48	6,17	5,57
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,59	3,63	3,42	3,65	3,12	3,15	3,09	3,30	3,25	2,99	2,65
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,39	0,94	0,75	0,81	1,10	1,16	1,08	0,76	0,68	0,55	0,57
Todas las demás enfermedades	0,02	0	0	0	0	0	0,04	0	0,02	0	0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,29	0,41	0,28	0,10	0,35	0,09	0,09	0,20	0,13	0,24	0,08

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Del mismo modo, se encuentra que en las mujeres las principales causas de muerte siguen siendo las afecciones originadas en el período perinatal, las malformaciones congénitas, las deformidades y anomalías congénitas y las enfermedades del sistema respiratorio. Las menores tasas se presentan en todas las otras enfermedades y en las enfermedades del sistema digestivo y genitourinario.

Tabla 17. Tasa de mortalidad en niñas menores de 1 año. Bogotá D. C., 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,31	0,34	0,42	0,21	0,23	0,11	0,17	0,52	0,10	0,08	0,18
Tumores (neoplasias)	0,07	0,07	0,07	0,11	0,07	0,06	0,06	0,08	0,10	0,14	0,06
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,07	0	0,05	0,02	0	0,06	0	0	0,02	0,10	0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,18	0,24	0,28	0,12	0,23	0,11	0,08	0,06	0,06	0,14	0,02
Enfermedades del sistema nervioso	0,27	0,09	0,12	0,11	0,07	0,17	0,11	0,12	0,12	0,12	0,08
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,07	0,05	0,05	0,12	0,05	0,09	0,06	0,10	0,04	0,08	0,10
Enfermedades del sistema respiratorio	0,93	1,10	1,11	1,40	0,95	0,74	0,76	0,82	0,66	0,65	0,60
Enfermedades del sistema digestivo	0,11	0,04	0,19	0,25	0,07	0,07	0,08	0,08	0,14	0,02	0,10
Enfermedades del sistema genitourinario	0,02	0	0,04	0	0,04	0,06	0,06	0	0	0,04	0,02
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,77	5,70	6,28	5,47	5,34	5,28	5,29	5,59	4,49	4,50	3,40
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,27	3,15	2,91	3,10	2,81	3,06	3,44	2,58	2,58	2,21	2,56
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,91	0,81	0,54	0,61	0,88	0,89	0,69	0,66	0,70	0,39	0,42
Todas las demás enfermedades	0	0	0	0	0	0	0	0,02	0	0,04	0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,35	0,31	0,35	0,11	0,16	0,11	0,11	0,14	0,06	0,16	0,04

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.3.2. Mortalidad en niños de 1 a 4 años

Respecto a las tasas de mortalidad específica en niños de 1 a 4 años, se encontró que las principales causas de muerte están relacionadas principalmente con los tumores y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 4,98 por 100.000 menores de 1 a 4 años, seguido de las enfermedades del sistema nervioso 3,94 por 100.000 menores de 1 a 4 años y las enfermedades del sistema respiratorio 3,11 por 100.000 menores de 1 a 4 años. Las causas externas de mortalidad y morbilidad, presentaron un descenso importante en el periodo de tiempo analizado, iniciando con una tasa de 10,66 por 1000.000 menores de 1 a 4 años en el 2005 y terminando con una tasa de 2,08 por 100.000 menores de 1 a 4 años en el 2015 (tabla 17).

Tabla 18. Tasa de mortalidad en niños y niñas de 1 – 4 años. Bogotá D. C., 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	3,14	2,32	3,17	2,54	1,48	1,48	2,52	1,47	0,84	1,04	0,42
Tumores (neoplasias)	5,02	3,79	5,28	4,23	7,18	4,43	4,41	5,24	5,01	4,16	4,98
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,84	0,21	0,63	0,63	0,85	0,42	0,42	0,84	0,84	1,25	1,04
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,93	2,53	1,90	2,33	1,90	1,05		1,26	0,42	1,87	0,42
Enfermedades del sistema nervioso	7,32	4,00	4,86	5,50	3,17	5,48	2,94	2,51	2,30	2,29	3,94
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0	0,21	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio	2,09	1,26	2,32	1,48	1,06	1,90	0,84	2,30	1,25	2,91	1,25
Enfermedades del sistema respiratorio	10,24	8,84	7,82	8,25	5,92	9,91	6,31	4,61	5,64	4,16	3,11
Enfermedades del sistema digestivo	1,67	1,47	0,85	1,90	1,69	1,27	1,26	1,26	0,84	1,25	1,25
Enfermedades del sistema genitourinario	0,63	0,84	1,06	0	0,63	0,42	0,21	0,21	0,42	0,83	0,21
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0	0,42	0,42	0	0,63	0,42	0,42	0,42	1,25	1,04	1,04
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,60	10,32	7,82	6,77	7,61	5,06	5,68	6,70	4,80	5,20	4,98
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	6,06	7,79	3,80	5,29	4,01	4,22	5,47	3,56	4,18	3,75	2,70
Todas las demás enfermedades	0	0	0,42	0,21	0	0,42	0	0,42	0,63	0	0,62
Causas externas de morbilidad y mortalidad	10,66	9,89	7,82	10,15	6,13	8,44	7,57	7,12	4,80	5,83	2,08

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuando se analizan las tasas de mortalidad en niños entre 1 a 4 años por sexo, se encuentra que en el caso de los niños en el año 2015 las principales causas se relacionan con tumores y las enfermedades del sistema nervioso con una tasa de 6,48 por 100.000 menores de 1 a 4 años, seguida de las malformaciones congénitas con 5,26 y las enfermedades del sistema respiratorio con 5,68 por 100.000 menores de 1 a 4 años (tabla 18); este comportamiento es similar al de la población total, en relación a las mujeres los niños presentan mayores tasas en los indicadores establecidos (tabla 19).

Tabla 19. Tasa de mortalidad en niños (hombres) de 1 – 4 años. Bogotá D. C., 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	3,27	2,47	3,72	1,65	0,41	1,65	3,28	1,23	0,41	1,22	0,40
Tumores (neoplasias)	4,91	3,71	4,13	6,61	6,19	4,53	3,69	6,13	6,93	2,44	6,48
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,82	0	0,83	0,41	0,83	0,82	0	0,41	1,22	1,22	1,62
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3,68	4,12	2,07	2,89	1,24	0	0	1,64	0,41	2,03	0,40
Enfermedades del sistema nervioso	7,36	4,53	4,55	6,61	2,48	4,94	2,87	3,27	2,04	2,84	6,48
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0	0,41	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio	1,23	1,24	2,48	0,41	1,65	0,82	1,23	1,23	1,63	2,84	2,02
Enfermedades del sistema respiratorio	11,45	11,53	10,74	9,09	6,19	10,70	6,57	4,09	6,11	5,68	3,24
Enfermedades del sistema digestivo	0,82	1,65	1,24	2,07	1,65	1,65	2,05	0,82	0,81	1,62	1,21
Enfermedades del sistema genitourinario	0,82	1,24	0,83	0	0	0,41	0	0,41	0	0,81	0,40
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0	0,82	0,41	0	0,41	0	0,82	0	0,41	1,62	1,62
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,91	8,24	9,50	5,37	9,49	5,76	3,69	6,13	3,26	6,09	5,26
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	6,54	9,47	5,37	6,20	3,30	2,88	6,57	4,09	4,07	4,06	3,24
Todas las demás enfermedades	0	0	0,41	0	0	0,82	0	0	0,81	0	0,81
Causas externas de morbilidad y mortalidad	14,32	13,18	9,92	13,64	7,84	9,88	11,08	8,18	5,70	6,50	2,83

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Al igual que en el grupo de edad inferior, la mayoría de las tasas presentan disminución en el transcurso del periodo de tiempo, para este grupo de edad las niñas presentan como principal causa de muerte las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa de 4,69 por 100.000 menores de 1 a 4 años seguido por los tumores con una tasa de 3,41 por 100.000 menores de 1 a 4 años, cabe resaltar que tanto en hombres como en mujeres en este grupo de edad el indicador de mortalidad por tumores tienen tasas altas frente al resto de indicadores (tabla 19).

Tabla 20. Tasa de mortalidad en niñas de 1 – 4 años. Bogotá D. C., 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,99	2,15	2,59	3,46	2,60	1,30	1,72	1,72	1,28	0,85	0,43
Tumores (neoplasias)	5,13	3,88	6,49	1,73	8,22	4,32	5,17	4,30	3,00	5,98	3,41
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,85	0,43	0,43	0,87	0,87		0,86	1,29	0,43	1,28	0,43
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,14	0,86	1,73	1,73	2,60	2,16		0,86	0,43	1,71	0,43
Enfermedades del sistema nervioso	7,27	3,45	5,19	4,33	3,90	6,05	3,02	1,72	2,57	1,71	1,28
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio	2,99	1,29	2,16	2,60	0,43	3,03	0,43	3,44	0,86	2,99	0,43
Enfermedades del sistema respiratorio	8,98	6,03	4,76	7,36	5,63	9,08	6,03	5,15	5,14	2,56	2,98
Enfermedades del sistema digestivo	2,56	1,29	0,43	1,73	1,73	0,86	0,43	1,72	0,86	0,85	1,28
Enfermedades del sistema genitourinario	0,43	0,43	1,30		1,30	0,43	0,43		0,86	0,85	0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0	0	0,43	0	0,87	0,86	0	0,86	2,14	0,43	0,43
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,27	12,49	6,05	8,23	5,63	4,32	7,76	7,30	6,42	4,27	4,69
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	5,56	6,03	2,16	4,33	4,76	5,62	4,31	3,01	4,28	3,42	2,13
Todas las demás enfermedades	0	0	0,43	0,43	0	0	0	0,86	0,43	0	0,43
Causas externas de morbilidad y mortalidad	6,84	6,46	5,62	6,50	4,33	6,92	3,88	6,01	3,85	5,12	1,28

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.3.3. Mortalidad en niños menores de 5 años

Para este grupo de edad, se continúan presentando mayores tasas de mortalidad ocurridas a raíz de ciertas infecciones originadas en el período perinatal, seguidas de aquellas relacionadas con malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y de las enfermedades del sistema respiratorio. No obstante, estas mismas causas han presentado una mayor disminución para este grupo de edad, por ejemplo, Ciertas afecciones originadas en el período perinatal en 62,78, las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en 20,17 y los Signos, síntomas y enfermedades del sistema respiratorio con una disminución de 20,52, durante el periodo de observación (2005 – 2015), el mismo comportamiento se evidencia al desagregar por sexo (tabla 20).

Tabla 21. Mortalidad en niños y niñas menores de 5 años. Bogotá D. C., 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	10,25	8,28	8,47	7,45	4,56	5,05	6,21	9,02	3,33	3,16	3,32	
Tumores (neoplasias)	5,21	4,40	5,08	4,57	7,27	4,88	4,53	5,35	5,66	5,32	5,30	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,02	0,68	1,86	0,85	0,84	1,35	1,01	0,84	1,17	1,99	1,16	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6,56	5,58	6,61	4,40	5,41	2,36	1,34	2,34	1,50	2,82	0,99	
Enfermedades del sistema nervioso	11,09	7,27	7,29	6,78	4,56	7,75	4,36	4,68	4,16	3,16	4,81	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0,17	0,17	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enfermedades del sistema circulatorio	3,19	2,71	3,05	3,22	2,20	3,87	1,68	3,01	2,33	3,49	2,32	
Enfermedades del sistema respiratorio	32,95	28,91	34,74	39,29	22,98	26,94	23,31	21,55	18,49	16,28	12,43	
Enfermedades del sistema digestivo	4,03	3,72	4,24	4,74	3,72	3,03	2,85	2,67	2,16	2,49	2,32	
Enfermedades del sistema genitourinario	1,01	1,18	1,36	0,17	1,01	1,85	0,67	1,00	0,50	1,83	0,83	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	140,53	130,69	141,84	129,57	120,63	106,60	109,35	106,26	86,93	93,19	77,75	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	68,58	73,71	69,31	72,83	64,20	62,14	63,06	57,31	54,12	49,17	48,41	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	26,73	23,16	15,93	18,46	22,64	22,57	20,29	15,37	15,15	11,13	10,61	
Todas las demás enfermedades	0,17		0,34	0,17		0,34	0,34	0,50	0,67	0,33	0,50	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	14,62	14,88	12,54	10,16	9,97	8,59	7,88	8,69	5,50	8,14	2,65	

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Al analizar las causas de mortalidad en el total de niños menores de 5 años, se encuentra que se continúa presentando un mayor porcentaje de muertes ocurridas en consecuencia de ciertas infecciones originadas en el período perinatal, seguida de aquellas relacionadas con malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y las enfermedades del sistema respiratorio. Las tasas específicas por sexo, muestran una mayor afectación en el grupo de niños que en el de niñas, cuestión que es idéntica en los grupos de edad inferiores al presente (tabla 21).

Tabla 22. Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años. Bogotá D. C., 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	12,17	8,27	6,63	7,95	2,64	6,91	7,86	7,51	3,90	4,21	3,23
Tumores (neoplasias)	4,93	4,30	3,64	5,63	6,60	5,26	3,93	5,87	7,15	3,57	6,79
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,97	0,99	2,32	0,66	0,99	1,64	1,31	0,65	1,63	1,30	1,94
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	7,89	5,95	6,29	4,97	4,29	0,99	1,31	2,94	1,63	1,94	1,29
Enfermedades del sistema nervioso	11,18	9,92	7,95	7,95	4,62	7,56	4,26	5,87	4,23	2,92	7,11
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0,33	0,33	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio	2,63	3,31	3,31	1,99	2,97	3,62	1,97	1,63	3,25	3,24	2,59
Enfermedades del sistema respiratorio	40,78	31,74	43,40	44,69	22,78	32,56	27,85	24,48	21,46	19,12	12,28
Enfermedades del sistema digestivo	3,95	5,62	4,31	3,31	4,62	3,95	3,93	2,61	1,30	3,89	1,94
Enfermedades del sistema genitourinario	1,32	1,98	0,99	0,33	0,33	2,30	0	1,96	0,33	2,27	1,29
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	152,91	151,42	158,36	149,97	135,36	113,46	122,86	112,92	94,62	107,60	96,31
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	72,02	77,03	75,87	77,47	68,67	63,47	58,32	62,98	58,53	56,39	49,45
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	31,57	25,79	19,22	21,19	24,10	24,01	24,57	16,64	14,96	12,64	12,28
Todas las demás enfermedades	0,33	0	0,33	0	0	0,66	0,66	0	0,98	0	0,65
Causas externas de morbilidad y mortalidad	17,10	18,51	13,58	12,91	13,21	9,54	10,48	10,12	6,83	9,40	3,55

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

En niñas al igual que en el grupo general, las variaciones más grandes se presentan en el grupo de ciertas afecciones del periodo perinatal, disminuyendo en 69,38 x 100.000 menores de 5 años y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una disminución de 17,69 por 100.000 menores de 5 años (tabla 22).

Tabla 23. Tasa de mortalidad en niñas menores de 5 años. Bogotá D. C. 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	8,25	8,30	10,41	6,94	6,58	3,11	4,47	10,61	2,73	2,04	3,40
Tumores (neoplasias)	5,50	4,50	6,59	3,47	7,96	4,49	5,15	4,79	4,10	7,16	3,74
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,06	0,35	1,39	1,04	0,69	1,04	0,69	1,03	0,68	2,73	0,34
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,16	5,19	6,94	3,81	6,58	3,80	1,37	1,71	1,37	3,75	0,68
Enfermedades del sistema nervioso	11,00	4,50	6,59	5,55	4,50	7,94	4,47	3,42	4,10	3,41	2,38
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio	3,78	2,08	2,78	4,51	1,38	4,14	1,37	4,45	1,37	3,75	2,04
Enfermedades del sistema respiratorio	24,76	25,95	25,67	33,64	23,19	21,05	18,55	18,49	15,36	13,29	12,59
Enfermedades del sistema digestivo	4,13	1,73	4,16	6,24	2,77	2,07	1,72	2,74	3,07	1,02	2,72
Enfermedades del sistema genitourinario	0,69	0,35	1,73	0	1,73	1,38	1,37	0	0,68	1,36	0,34
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	127,58	108,99	124,54	108,20	105,20	99,39	95,18	99,28	78,86	78,04	58,20
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	65,00	70,24	62,44	67,97	59,52	60,74	68,03	51,35	49,50	41,57	47,31
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	21,67	20,41	12,49	15,61	21,11	21,05	15,81	14,04	15,36	9,54	8,85
Todas las demás enfermedades	0	0	0,35	0,35	0	0	0	1,03	0,34	0,68	0,34
Causas externas de morbilidad y mortalidad	12,04	11,07	11,45	7,28	6,58	7,59	5,15	7,19	4,10	6,82	1,70

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.4. Análisis de desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez

En la semaforización de la mortalidad materno infantil (Tabla 23), se observa que la mayoría de los indicadores de la ciudad, no presentaron diferencias significativas al ser comparados con los indicadores del país, exceptuando la razón de mortalidad materna, cuyo indicador corresponde a poco menos de la mitad del obtenido para el país, lo que indica que en Bogotá mueren menos mujeres maternas de acuerdo con el número de nacimientos, lo que lo hace más bajo, siendo esto estadísticamente significativo.

Tabla 24. Semaforización de la mortalidad materno infantil. Bogotá vs Colombia 2005 – 2015

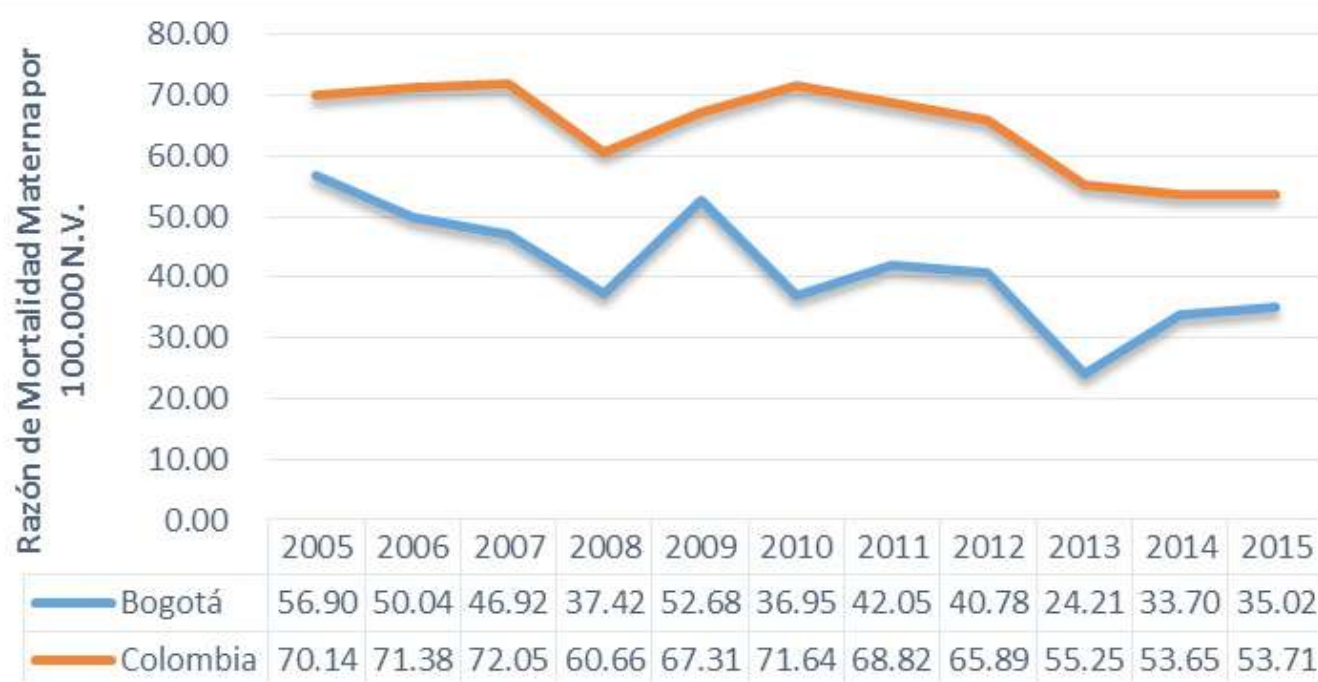
Causa de muerte	Colombia 2015	Bogotá 2015	Comportamiento									
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Razón de mortalidad materna	53,71	35,02	-	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad neonatal	7,01	5,85	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad infantil	10,96	8,86	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	13,23	10,20	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	13,17	8,79	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	3,29	0,99	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6,83	0,33	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.4.1. Mortalidad materna

El análisis de la mortalidad materna en Bogotá en la última década, permite observar una tendencia descendente con fluctuaciones que se presentan cada tres años las cuales no han podido ser explicadas aún, para el año 2015 se evidencia una razón de 35,02 por 100.000 nacidos vivos, siendo mayor que la presentada para el año 2014 que correspondió a 33,70 por 100.000 NV. En el mismo periodo de tiempo el país ha presentado una disminución sostenida de la razón de mortalidad materna, a pesar de ser mucho más alta que la del Distrito (Gráfica 32).

Gráfico 32. Razón de Mortalidad Materna. Bogotá vs Colombia 2005 – 2015

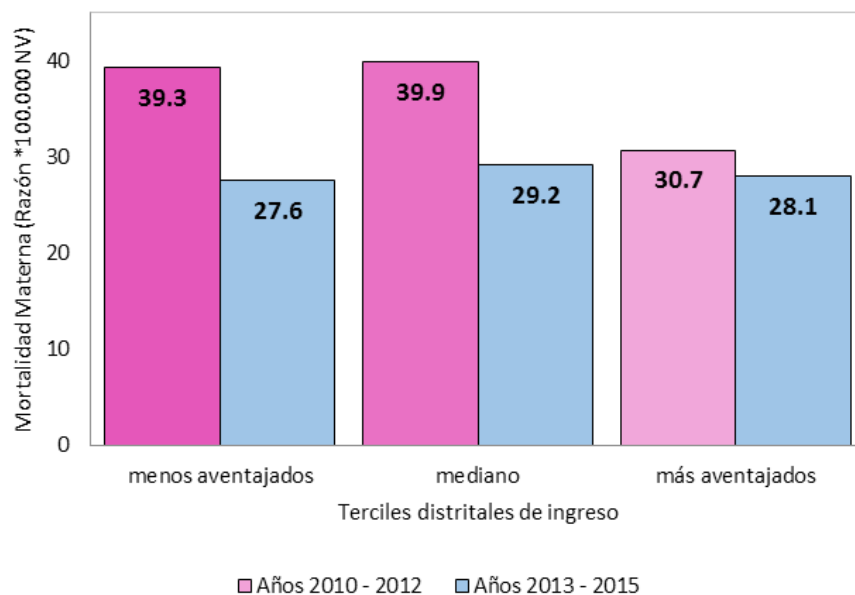


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

De otro lado, el promedio distrital de mortalidad materna disminuyó entre los periodos 2010 – 2012 y 2013 – 2015 pasando de 36,8 muertes maternas por 100.000 NV a 28.1 muertes maternas por 100.000 NV. En el periodo comprendido entre los años 2010 – 2012 las localidades en el tercil menos aventajado según NBI tenían un exceso de casi 9 muertes maternas respecto de las localidades en el tercil más aventajado; dicho exceso en el periodo 2013-2015 desapareció, lo cual indica que desapareció la desigualdad.

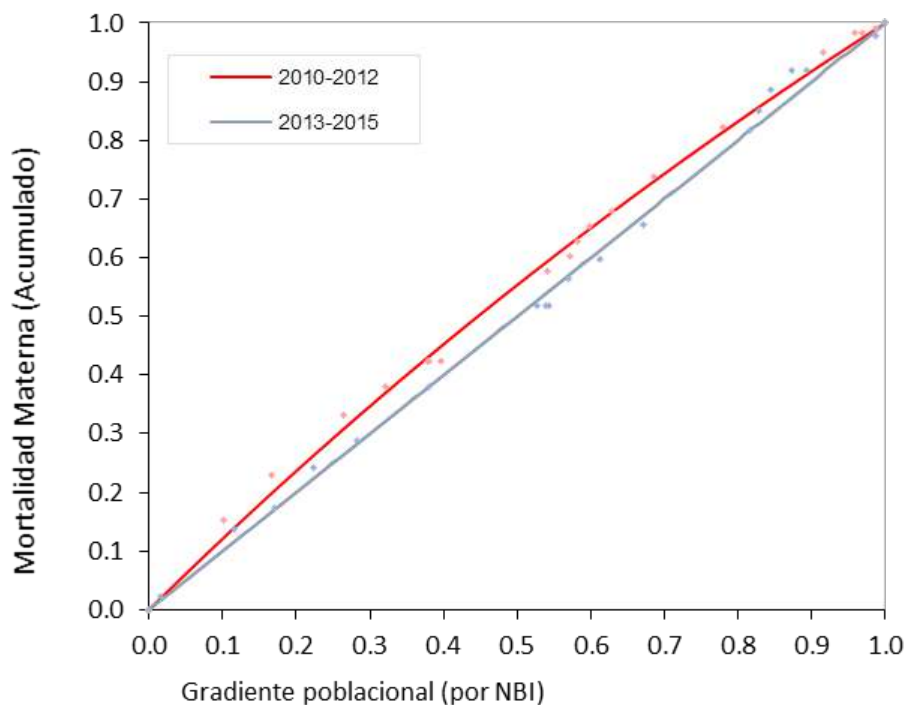
La curva de concentración de la desigualdad confirma que para el periodo 2013 – 2015 disminuyó la desigualdad según el estratificador NBI, llegando prácticamente a desaparecer (gráfico 34).

Gráfico 33. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad Materna, Periodo 2010 – 2012 vs 2013 - 2015



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2017

Gráfico 34. Curvas de Concentración de la Desigualdad en Salud en la Mortalidad Materna Según NBI, Bogotá D.C, Periodos 2010 - 2012 y 2013-2015



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2017

La regresión de la desigualdad en salud para el periodo 2013 - 2015 ($R^2=0.80$), señala que la mortalidad materna disminuiría en 2,7 casos por 100.000 NV si se logra mejorar las NBI de las localidades Santafé y Ciudad Bolívar.

En relación a los determinantes estructurales de etnia y área de residencia, en la Mortalidad Materna se evidencia que en otras etnias, la Razón de mortalidad materna para el año 2015 ha presentado una disminución de 20,12 puntos con respecto al año 2009 (tabla 25).

Tabla 25. Indicadores de Razón de mortalidad materna por etnia. Bogotá D. C., 2009 – 2015

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1 – Indígena	SD	SD	SD	SD	SD	1.369,86	SD
2 - Rom (Gitano)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
3 - Raizal (San Andrés Y Providencia)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
4 - Palenquero De San Basilio	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
5 - Negro, Mulato, Afrocolombiano o Afrodescendiente	465,12	SD	519,03	SD	SD	181,82	437,64
6 - Otras Etnias	52,40	37,49	39,57	40,08	23,42	31,97	32,28
No Reportado	SD	SD	SD	16.666,67	33.333,33	SD	SD
Total General	52,68	36,95	42,05	40,78	24,21	33,70	35,02

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

El análisis de los mismos indicadores en función del área geográfica (tabla 26), muestra que en general todos presentaron disminución en el periodo revisado, se evidencia un volumen constante de mortalidad materna relacionado con una disminución de nacimientos en el área rural.

**Tabla 26. Indicadores de Razón de mortalidad materna por área de residencia.
Bogotá D. C., 2009 – 2015**

Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1 – Cabecera	51,91	36,12	42,10	39,89	24,25	33,74	34,10
2 - Centro Poblado	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
3 - Área Rural Dispersa	746,27	SD	SD	714,29	SD	SD	SD
Sin Información	SD	5.000,00	SD	SD	SD	SD	SD
Total General	52,68	36,95	42,05	40,78	24,21	33,70	35,02

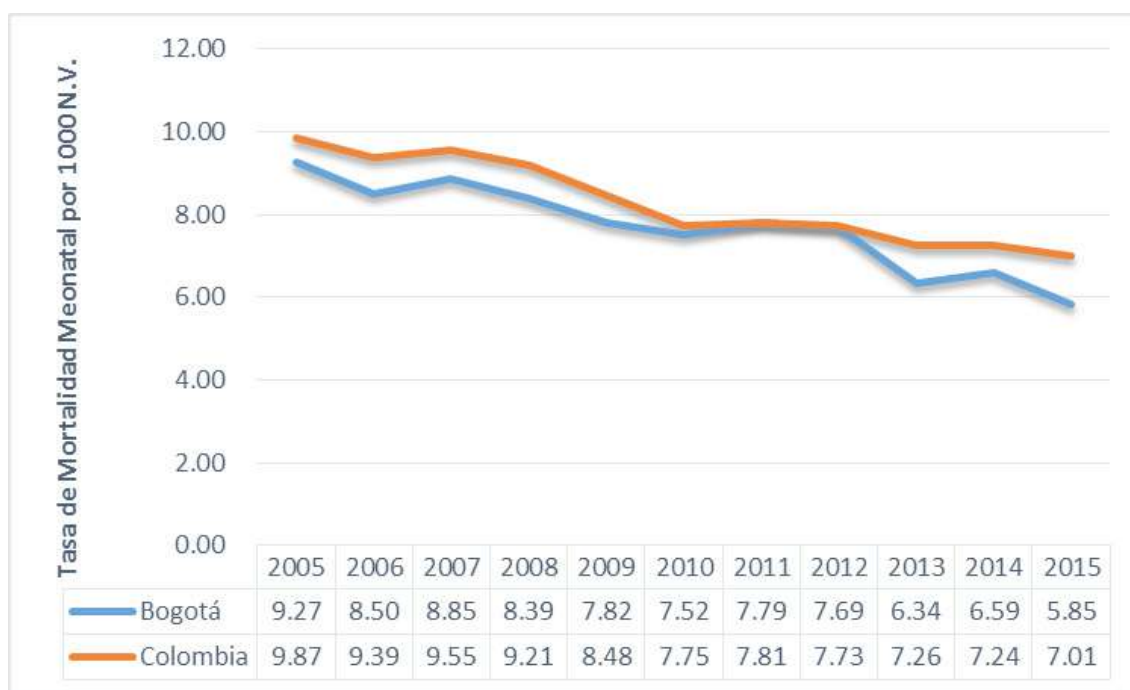
Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.4.2. Mortalidad neonatal

La tasa de mortalidad neonatal para el periodo analizado se comportó de manera oscilante al igual que la mortalidad perinatal, observándose una tendencia leve al ascenso entre los periodos 2011 – 2012, 2015 y al descenso en el periodo 2005 – 2010, 2012, 2013 y 2014. (gráfica 35). Además, al comparar el inicio del periodo con el último año analizado se observa una diferencia de 3,42 x 1000 nacidos vivos. En general el comportamiento de los indicadores en hombres y mujeres es similar repitiendo el patrón de distribución, pero con menores valores en las mujeres.

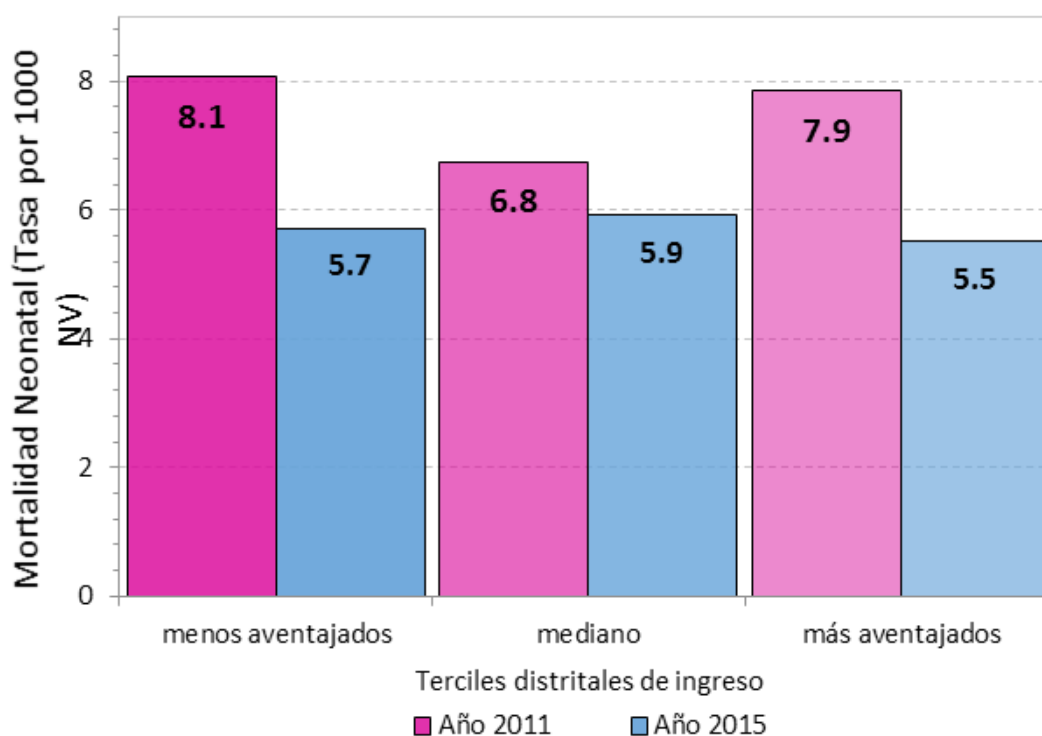
En cuanto al análisis de desigualdades, se evidencia que el promedio distrital de mortalidad neonatal disminuyó entre el año 2011 y el 2015 pasando de 7,6 a 5,7 muertes neonatales por 1.000 NV. Al comparar los resultados de la mortalidad neonatal en los dos años, no se evidencia que exista una acumulación de este evento en salud, según el estratificador social NBI, lo cual indica que no hay diferencias entre las localidades más y menos aventajadas.

Gráfico 35. Tasa de Mortalidad Neonatal. Bogotá vs Colombia 2005 – 2015



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

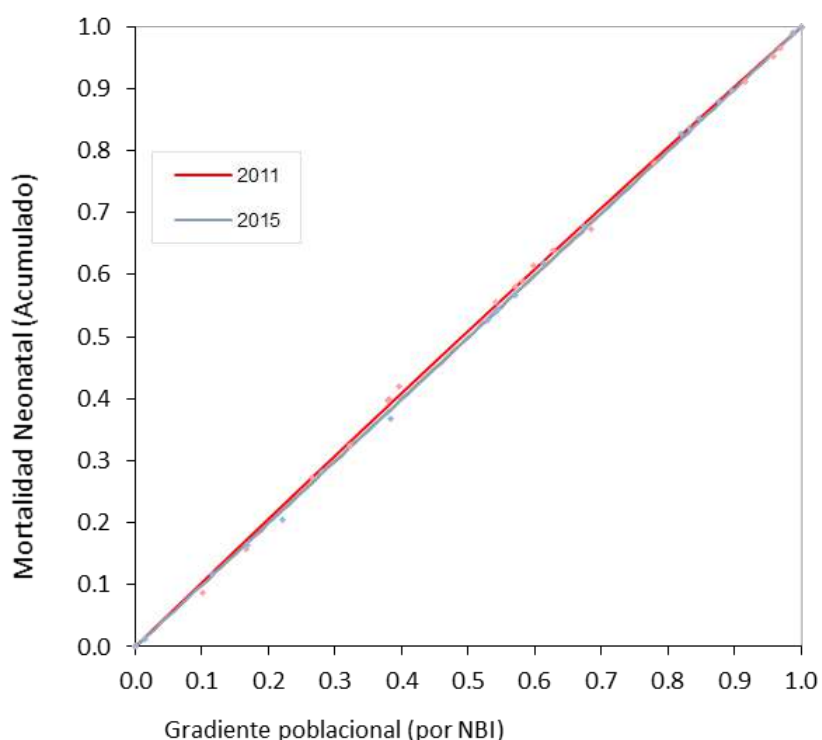
Gráfico 36. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad Neonatal, Bogotá D. C., años 2011 vs 2015



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2017

La curva de concentración de la desigualdad confirma que no hay desigualdad según el estratificador NBI y que dicha situación permanece estable entre los años 2011 y 2015.

Gráfico 37. Curvas de Concentración de la Desigualdad en Salud en la Mortalidad Neonatal Según NBI, Bogotá D. C., Años 2011 vs 2015



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2017

En el análisis de determinantes estructurales para la mortalidad neonatal, como el grupo étnico (tabla 27), aun cuando no se tiene información posterior al año 2009 se puede establecer lo siguiente:

- En la población afro descendiente, afrocolombiano, negro o mulato, se encuentra un descenso de la tasa de mortalidad neonatal de 12,78 puntos con respecto al año 2009.
- Todos los indicadores han reducido su valor

De otro lado, llama la atención la disminución de 15,35 puntos de la tasa de mortalidad neonatal en el área rural dispersa, entre los años 2009 y 2015, no obstante, al comparar dichos valores entre el área rural dispersa y la cabecera municipal, los valores han ido disminuyendo considerablemente (tabla 28). Esto puede deberse a la disminución del indicador en la zona urbana.

Tabla 27. Tasa de mortalidad neonatal por etnia. Bogotá D. C., 2009 – 2015

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1 – Indígena	54,69	SD	SD	64,10	30,30	13,70	23,26
2 - Rom (Gitano)	SD	125,00	500,00	SD	SD	SD	SD
3 - Raizal (San Andrés Y Providencia)	27,78	125,00	SD	SD	SD	SD	SD
4 - Palenquero De San Basilio	SD	SD	SD	SD	SD	500,00	SD
5 - Negro, Mulato, Afrocolombiano o Afrodescendiente	43,41	15,69	24,22	27,22	34,43	25,45	30,63
6 - Otras Etnias	7,29	7,10	7,55	7,36	6,08	6,40	5,69
No Reportado	14,83	76,48	81,82	3.333,33	2.333,33	2.333,33	SD
Total General	7,82	7,52	7,79	7,69	6,34	6,59	5,85

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 28. Indicadores de Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia. Bogotá 2009 – 2015

Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1 – Cabecera	7,74	7,44	7,77	7,64	6,33	6,52	5,83
2 - Centro Poblado	SD	SD	SD	58,82	SD	SD	SD
3 - Área Rural Dispersa	22,39	44,03	29,13	35,71	14,29	24,19	7,04
Sin Información	115,94	150,00	SD	500,00	SD	SD	SD
Total General	7,82	7,52	7,79	7,69	6,34	6,59	5,85

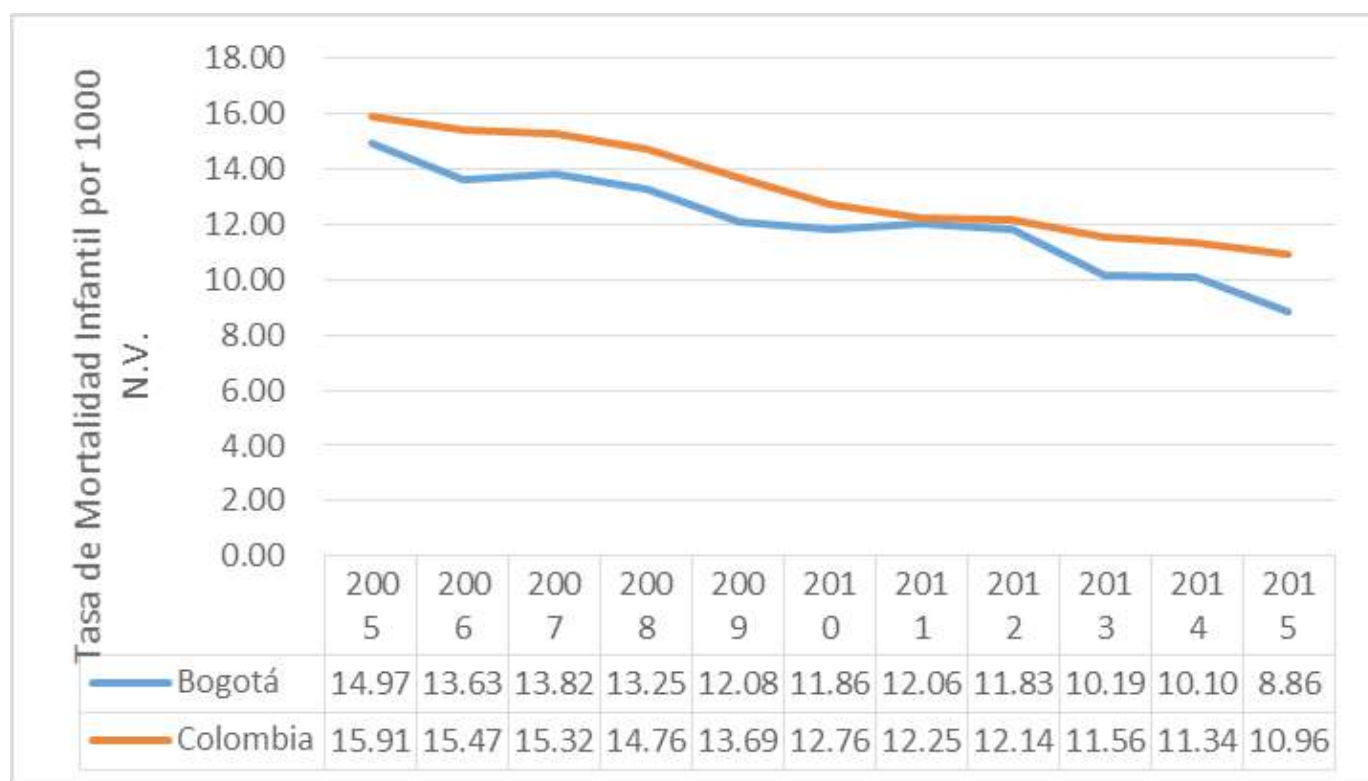
Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.4.3. Mortalidad infantil

Con respecto a la mortalidad infantil en Bogotá, se observó una tendencia a la disminución a través del periodo estudiado, pasando de 14,97 en el año 2010 a 8,86 x 1.000 nacidos

vivos en 2015. Las disminuciones en las tasas de mortalidad para este periodo fueron del orden de los 6,11 x 1.000 nacidos vivos. Adicionalmente, se observa correspondencia en el comportamiento de las curvas de tendencia de hombres y mujeres, conservando una diferencia no superior a 3,0 x 1.000 nacidos vivos entre ambas distribuciones a través del periodo estudiado, pero siendo más alta en los menores del sexo masculino (gráfico 38).

Gráfico 38. Tasa de Mortalidad Infantil. Bogotá vs Colombia 2005 – 2015



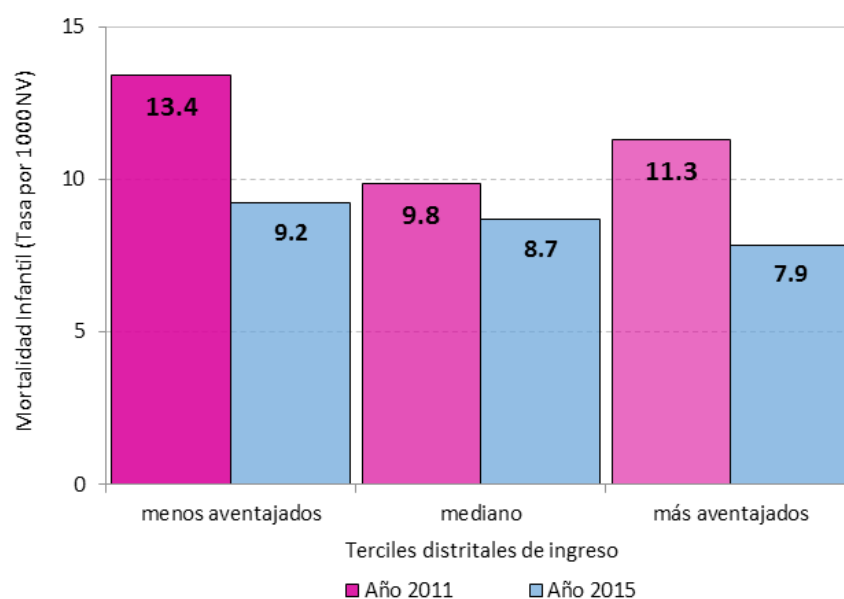
Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Se evidencia que, el promedio distrital de mortalidad infantil disminuyó entre los años 2011 y 2015, pasando de 11,7 muertes infantiles por 1.000 NV a 8.8 muertes infantiles por 1.000 NV. Se presenta disminución de las brechas de desigualdad para 2015, sin embargo, las localidades en el tercil menos aventajado, en este mismo año presentan un exceso de **1** muerte infantil respecto de las localidades en el tercil más aventajado.

La curva de concentración de la desigualdad confirma que para el año 2015 se disminuyó la desigualdad según el estratificador NBI, llegando a estar muy cerca de la línea de equidad.

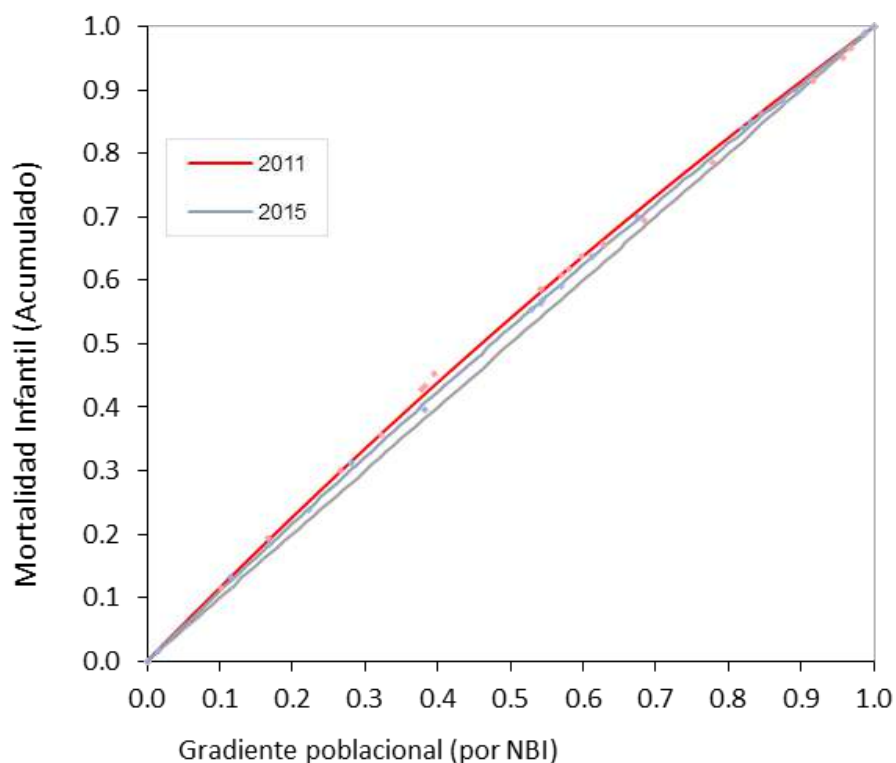
La regresión de la desigualdad en salud para el año 2015 ($R^2=0.93$), señala que la mortalidad infantil disminuiría en 1,2 casos por 1.000 NV si se logra mejorar las NBI de las localidades Santafé y Ciudad Bolívar.

Gráfico 39. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad Infantil, Bogotá D. C., 2011 vs 2015



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2017

Gráfico 40. Curvas de Concentración de la Desigualdad en Salud en la Mortalidad Infantil Según NBI, Bogotá D. C., 2011 vs 2015

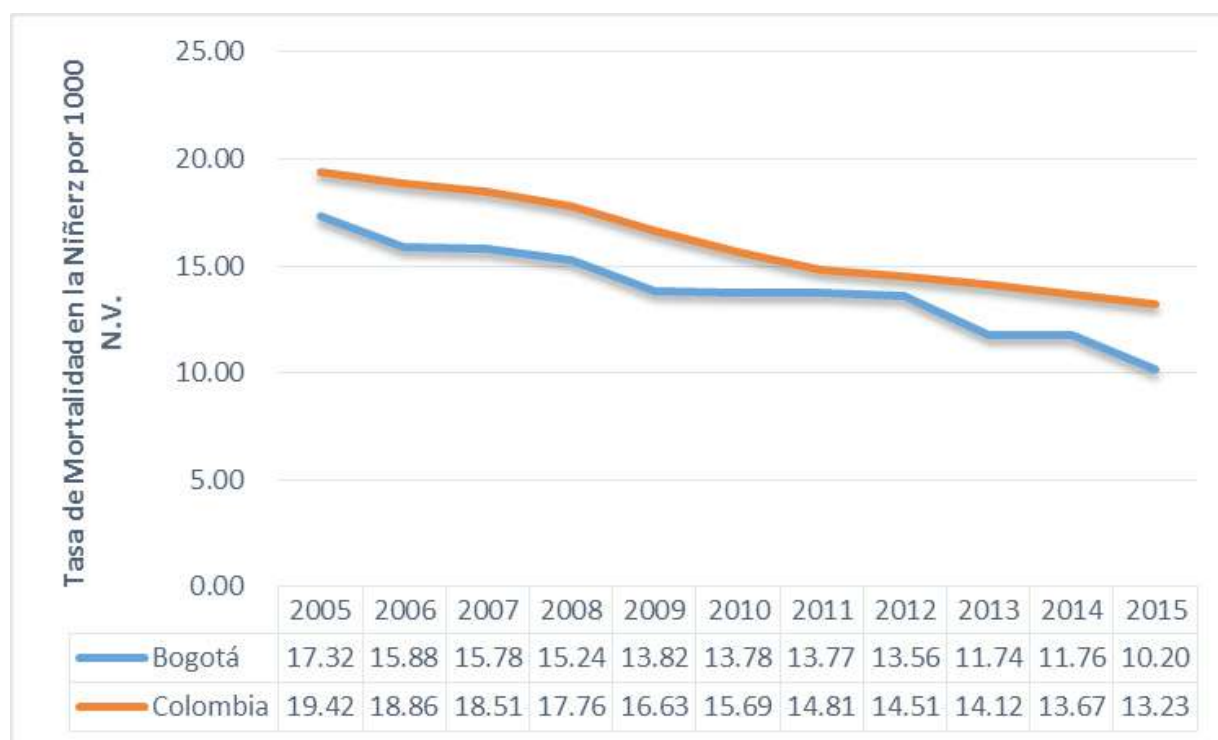


Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2017

2.1.4.4. Mortalidad en la niñez

Con respecto a la mortalidad en la niñez, se observó un comportamiento similar a las tasas de mortalidad infantil, lo que indica una tendencia hacia la disminución a través del periodo estudiado. La disminución correspondió a 7,12 x 1000 nacidos vivos y de la misma forma como se distribuyen las otras mortalidades en la primera infancia, las tasas más altas se presentaron en hombres con una diferencia cercana a 3,2 x 1000 nacidos vivos con respecto a las presentadas en mujeres (gráfico 41).

Gráfico 41. Tasa de mortalidad en la niñez. Bogotá vs Colombia 2005 – 2015



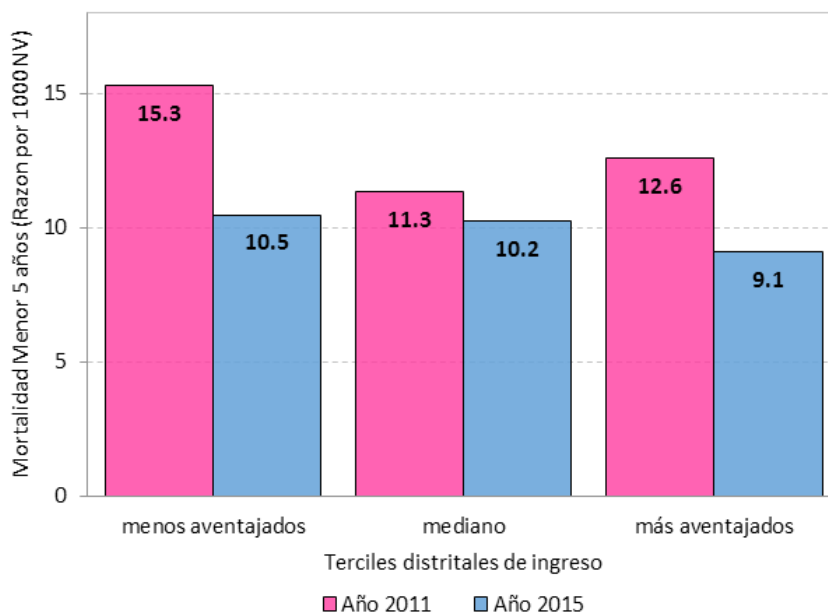
Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

El promedio distrital de mortalidad en menores de cinco años disminuyó entre los años 2011 a 2015, pasando de 13,3 muertes por 1.000 NV a 10,2 muertes por 1.000 NV. Se presenta disminución de las brechas de desigualdad para 2015, sin embargo, las localidades en el tercil menos aventajado, en este mismo año presentan un exceso de 1 muerte en menores de 5 años respecto de las localidades en el tercil más aventajado.

La curva de concentración de la desigualdad confirma que para el año 2015 se disminuyó la desigualdad según el estratificador NBI, llegando a estar muy cerca de la línea de equidad.

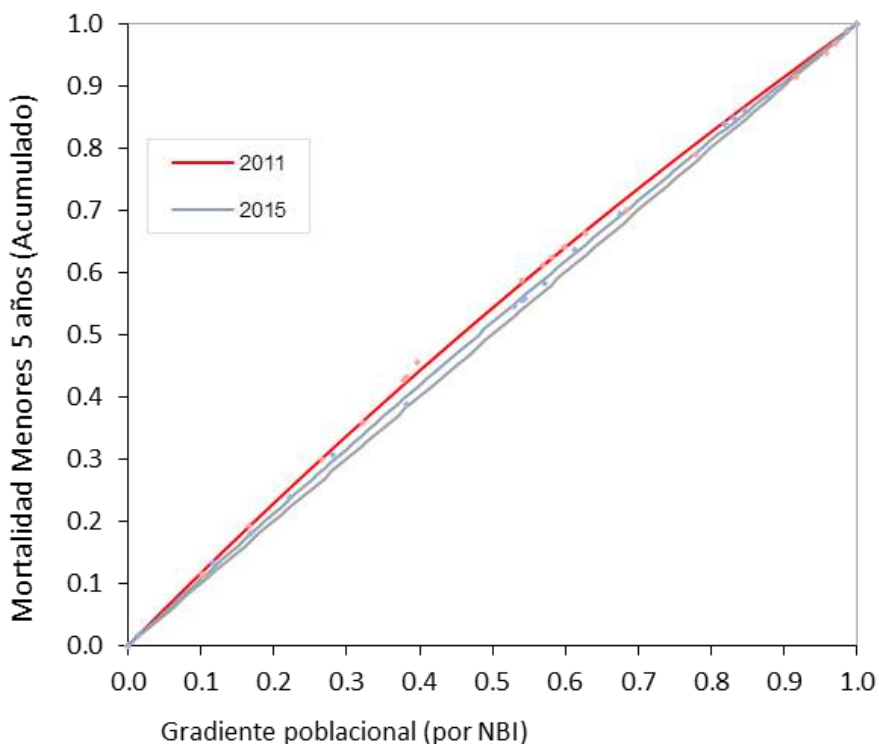
La regresión de la desigualdad en salud para el año 2015 ($R^2=0.92$), señala que la mortalidad en menores de 5 años disminuiría en 1,2 casos por 1.000 NV si se logra mejorar las NBI de las localidades Santafé y Ciudad Bolívar.

Gráfico 42. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad Menores de 5 años, Bogotá D. C., 2011 vs 2015



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2017.

Gráfico 43. Curvas de Concentración de la Desigualdad en Salud en la Mortalidad Menores 5 años Según NBI, Bogotá D. C., 2011 vs 2015

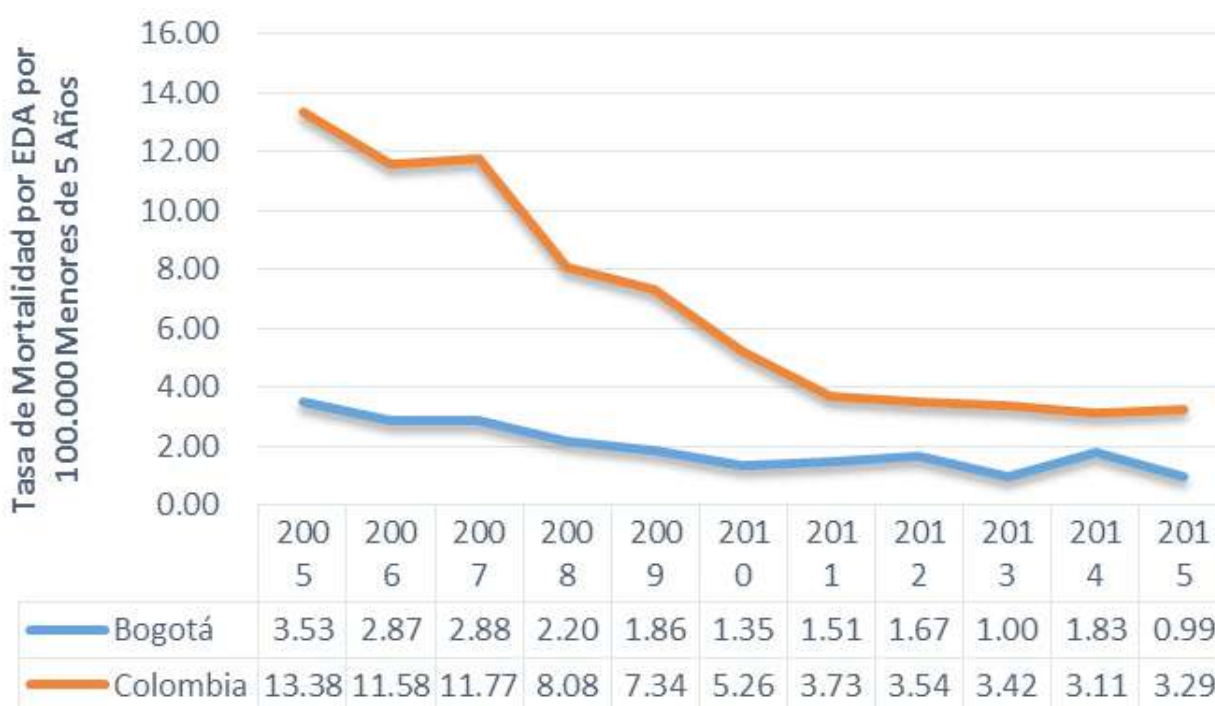


Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2017.

2.1.4.5. Mortalidad por EDA

La mortalidad por EDA en Bogotá, presentó una tendencia a la disminución, pasando de 3,53 en el año 2005 a 0,99 x 100.000 menores de 5 años en el 2015. Aunque el análisis por sexo, muestra cierto grado de fluctuación en el periodo, fue evidente la disminución en ambos grupos, con la consideración de que las tasas en general fueron más altas en las mujeres (gráfico 44).

Gráfico 44. Tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años. Bogotá vs Colombia 2005 – 2015

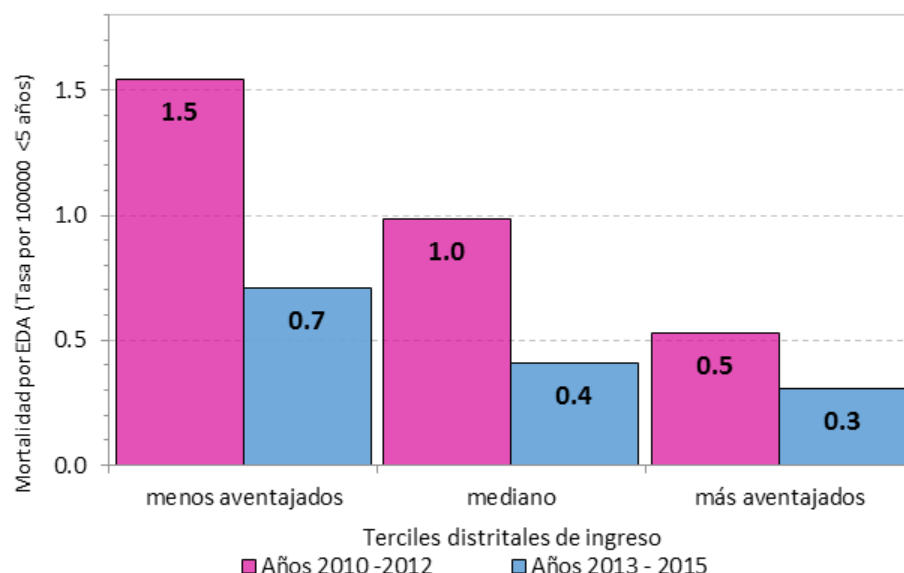


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

El promedio distrital de mortalidad por EDA en menores de cinco años disminuyó entre los periodos comprendidos de 2010 - 2012 a 2013 - 2015, pasando de 1,1 a 0,6 muertes por 100.000 menores de 5 años. Se presenta disminución de las brechas de desigualdad para el periodo 2013 - 2015, sin embargo, las localidades en el tercil menos aventajado, en este mismo periodo presentan **2** muertes por EDA en menores de 5 años respecto de cada muerte por EDA que se presentó en las localidades en el tercil más aventajado.

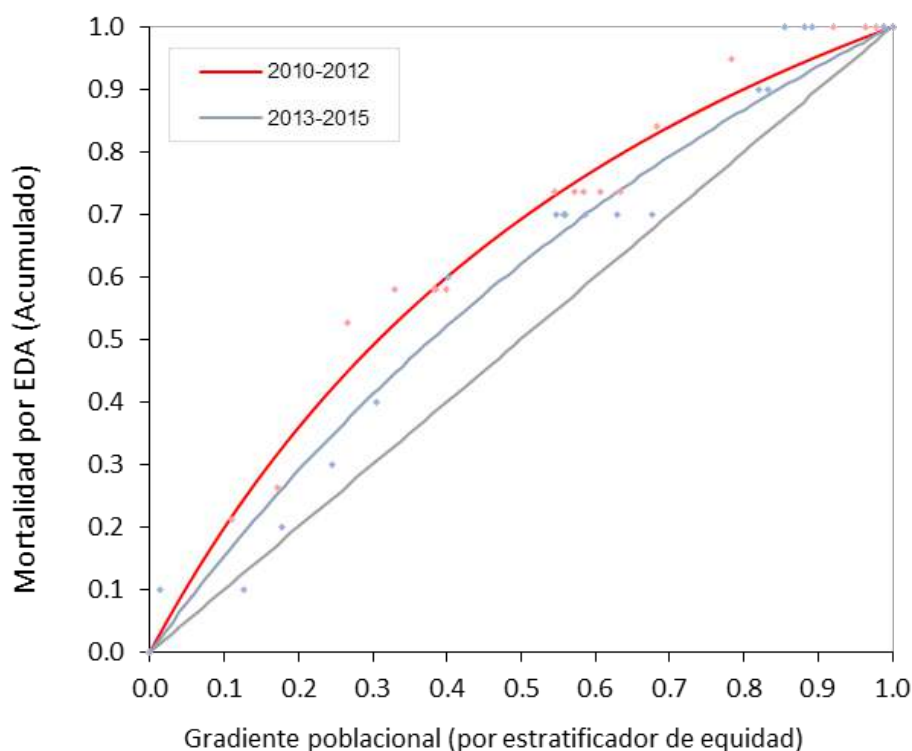
La curva de concentración de la desigualdad confirma que para el periodo 2013 - 2015 se disminuyó la desigualdad según el estratificador NBI; sin embargo el 50 % de la población menos aventajada según NBI concentró el 62 % de la mortalidad por EDA en menores de 5 años.

Gráfico 45. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad por EDA en menores de 5 años, Periodos 2010 – 2012 vs 2013 – 2015



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2017.

Gráfico 46. Curvas de Concentración de la Desigualdad en Salud en la Mortalidad por EDA en menores de 5 años, según NBI - Bogotá D. C., Periodos 2010 - 2012 y 2013-2015

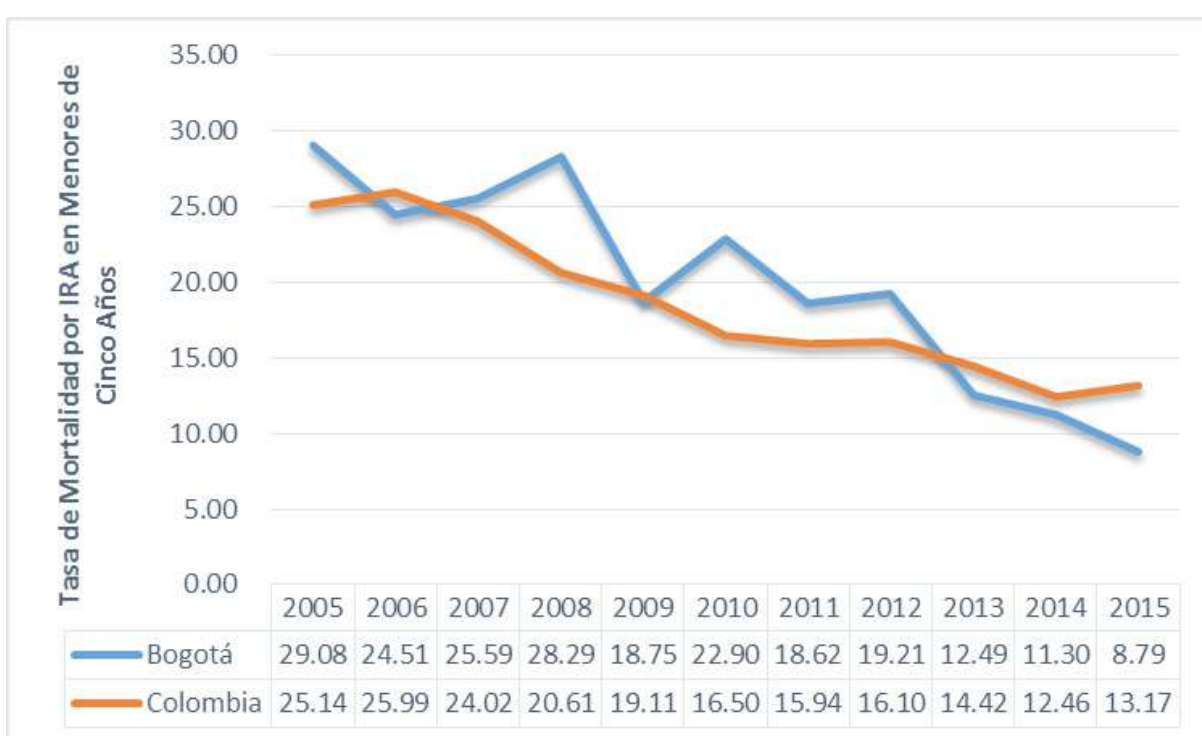


Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2017.

2.1.4.6. Mortalidad por IRA

La mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en Bogotá, mostró una tendencia a la disminución pasando de 29,08 en el año 2009 a 8,79 x 100.000 menores de 5 años en el 2015. Al igual que otras tasas de mortalidad en niños mostró un comportamiento estable hacia la disminución, aunque en 2009 presentó una caída abrupta para los niños, para luego retomar un curso más suave hacia la disminución del indicador. Junto a la razón de mortalidad materna, es el indicador que más ha caído en el periodo de estudio con una diferencia de 20,29 x 100000 menores de 5 años con respecto a lo registrado al inicio del periodo (gráfico 47).

Gráfico 47. Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años. Bogotá vs Colombia 2005 – 2015

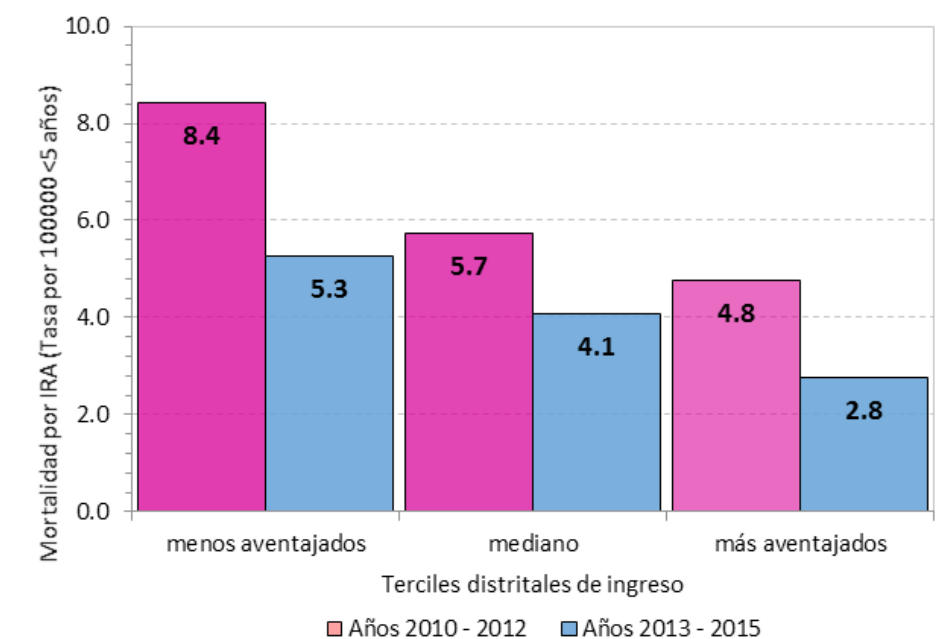


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

El promedio distrital de mortalidad por IRA en menores de cinco años disminuyó entre los periodos comprendidos de 2010 - 2012 a 2013 - 2015, pasando de 6,5 a 4,5 muertes por 100.000 menores de 5 años. Se presenta disminución de las brechas de desigualdad para el periodo 2013 - 2015, sin embargo, las localidades en el tercil menos aventajado, en este mismo periodo presentan casi **2** muertes por IRA en menores de 5 años respecto de cada muerte por IRA que se presentó en las localidades en el tercil más aventajado.

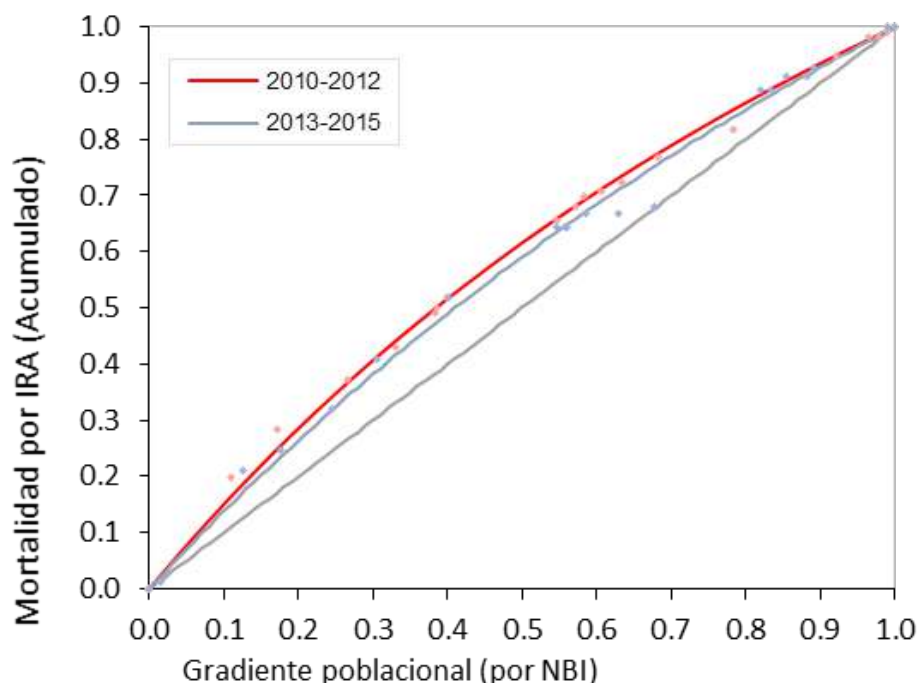
La curva de concentración de la desigualdad confirma que para el periodo 2013 - 2015 se disminuyó la desigualdad según el estratificador NBI; sin embargo, el 50% de la población menos aventajada según NBI concentró el 59% de la mortalidad por IRA en menores de 5 años.

Gráfico 48. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad por IRA en menores de 5 años, Periodos 2010 – 2012 vs 2013 – 2015



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2017.

Gráfico 49. Curvas de Concentración de la Desigualdad en Salud en la Mortalidad por IRA en menores de 5 años, según NBI - Bogotá D.C, Periodos 2010 - 2012 y 2013-2015

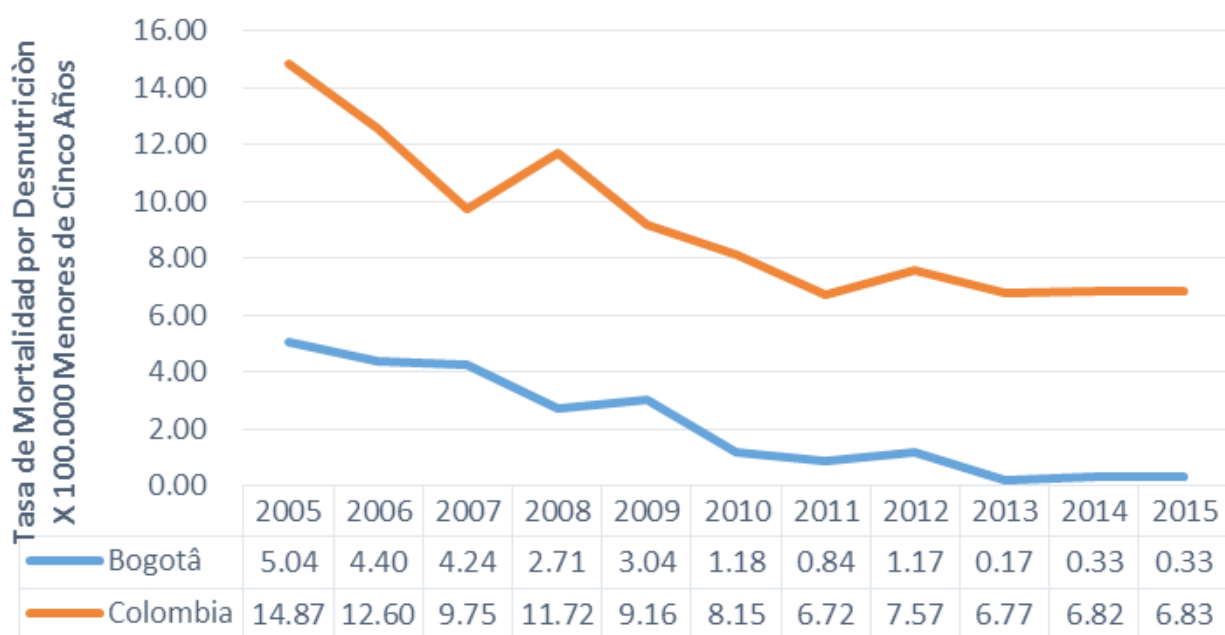


Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2017.

2.1.4.7. Mortalidad por desnutrición

Con respecto a la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, se observó una tendencia sostenida a la disminución en el periodo evaluada, hasta llegar a 0,33 x 100000 menores de 5 años en los dos últimos años. Aun cuando se observaron diferencias en la distribución de la tendencia, con fluctuaciones en las tasas tanto para los hombres como para las mujeres en los últimos 5 años (gráfico 50).

**Gráfico 50. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.
Bogotá vs Colombia 2005 – 2015**

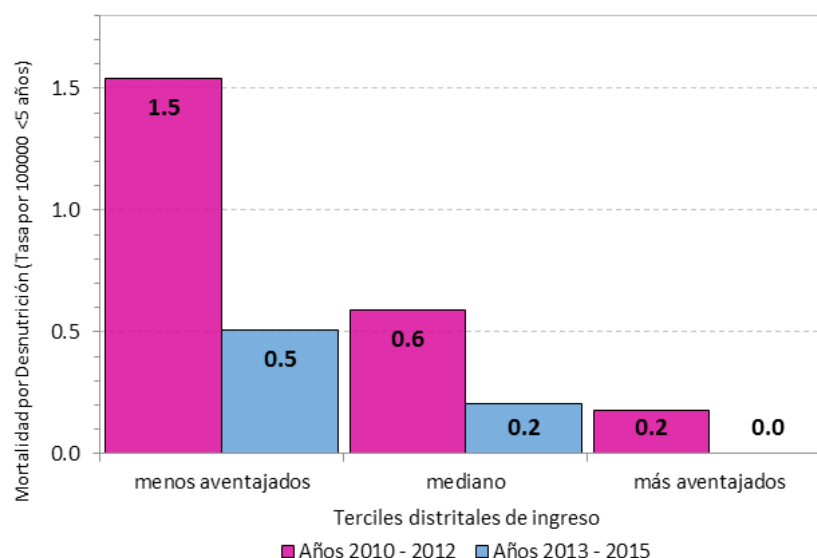


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

El promedio distrital de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años disminuyó entre los periodos comprendidos de 2010 - 2012 a 2013 - 2015, pasando de 0,8 a 0,3 muertes por 100.000 menores de 5 años. Se presenta disminución de las brechas de desigualdad para el periodo 2013 - 2015.

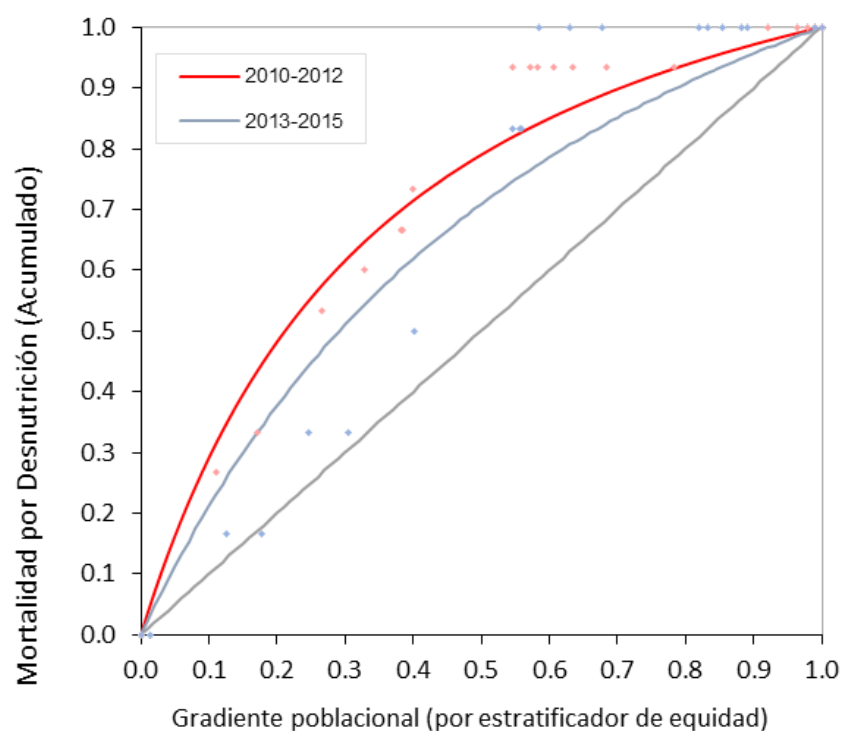
La curva de concentración de la desigualdad confirma que para el periodo 2013 - 2015 se disminuyó la desigualdad según el estratificador NBI; sin embargo el 50% de la población menos aventajada según NBI concentró el 71% de la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.

Gráfico 51. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años, Periodos 2010 – 2012 vs 2013 - 2015



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2017.

Gráfico 52. Curvas de Concentración de la Desigualdad en Salud en la Mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años, según NBI - Bogotá D. C., Periodos 2010 - 2012 y 2013-2015



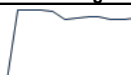
Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2017.

2.1.5. Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno – infantil

En la tabla 38, se realizó la priorización de las mortalidades y sus indicadores en los diferentes grupos de interés. De esta forma se presentan los desenlaces negativos en salud que tienen un mayor impacto en la población, bien sea por la frecuencia de presentación en la población o por el aporte que generan a la carga de la enfermedad.

Se observó que en general los indicadores, no presentan grandes variaciones a ser comparados con el nivel nacional, excepto en el indicador de razón de mortalidad materna, el cual fue significativamente más bajo para la ciudad.

Tabla 29. Priorización de la mortalidad general, específica y materna - infantil. Bogotá D. C., 2015

Mortalidad	Prioridad	Bogotá DC (2015)	Colombia (2015)	Tendencia 2005 a 2015 Bogotá	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*	1. Enfermedades sistema circulatorio	138,18	153,88		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	2.Las demás causas	110,19	122,13		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	3.Neoplasias	98,59	93,2		7. Población con riesgo o presencia de cáncer
	4. Causas externas	38,28	58,31		12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades del sistema circulatorio				
	Enfermedades isquémicas del corazón	70,43	79,77		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	Enfermedades cerebrovasculares	29,69	33,29		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	Enfermedades hipertensivas	17,01	19,22		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	2. Las demas causas				
	Enfermedades crónicas de las vías respiratoria	29,49	29,63		2. Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas
	Resto de enfermedades del sistema digestivo	14,95	13,92		6. Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal
	Diabetes mellitus	12,43	16,62		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas

Mortalidad	Prioridad	Bogotá DC (2015)	Colombia (2015)	Tendencia 2005 a 2015 Bogotá	Grupos de Riesgo (MIAS)
Específica por Subcausas o subgrupos	3. Neoplasias				
	Tumor maligno de la próstata	15,96	14,82		7. Población con riesgo o presencia de cáncer
	Tumor maligno de los órganos digestivos y de	15,70	13,94		7. Población con riesgo o presencia de cáncer
	Tumores malignos de otras localizaciones y de	13,65	12,57		7. Población con riesgo o presencia de cáncer
	4. Causas Externas				
	Agresiones (homicidios)	16,16	25,25		12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	Accidentes de transporte terrestre	8,75	15,14		12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	Caídas	4,07	2,81		12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	5. Enfermedades transmisibles				
	Infecciones respiratorias agudas	12,93	19,21		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	Enfermedad por el VIH (SIDA)	3,51	5,21		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,11	1,34		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	6. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal				
	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	2,29	3,23		8. Población en condición materno - perinatal
	Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1,95	1,79		8. Población en condición materno - perinatal
	Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	1,00	0,7		8. Población en condición materno - perinatal

Mortalidad	Prioridad	Bogotá DC (2015)	Colombia (2015)	Tendencia 2005 a 2015 Bogotá	Grupos de Riesgo (MIAS)
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	77,75	87,37		8. Población en condición materno - perinatal
	2. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	48,41	48,18		8. Población en condición materno - perinatal
	3. Enfermedades del sistema respiratorio	12,43	16,24		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	4. Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	10,61	5,72		8. Población en condición materno - perinatal
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Razón de mortalidad materna	35,02	53,71		perinatal
	2. Tasa de mortalidad en la niñez	10,20	13,23		8. Población en condición materno - perinatal
	3. Tasa de mortalidad infantil	8,86	10,96		8. Población en condición materno - perinatal
	4. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,79	13,17		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	5. Tasa de mortalidad neonatal	5,85	7,01		8. Población en condición materno - perinatal
	6. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,99	3,29		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	7. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,33	6,83		3. Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales

Fuente: Elaboración a partir de datos de la Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud Y Protección social

2.1.6. Conclusiones de Mortalidad

En general, se pudo observar que las grandes causas de mortalidad han disminuido en el transcurso del periodo de análisis y que dichas disminuciones se presentaron en diferentes magnitudes que variaron desde 24,1 a 2,2 x 100.000 hab. de acuerdo con el grupo. Con respecto a los subgrupos, se presentaron tasas estables de enfermedades crónicas, lo que coincide con una mayor proporción de población en edades avanzadas y con una posible disminución del número de casos o la estabilización de los mismos en el periodo de análisis; dicho comportamiento fue similar para hombres y mujeres.

Con respecto a la carga de la enfermedad por las causas de mortalidad, se observó que los grupos de causas que más aportaron en años de vida potencialmente perdidos (AVPP) correspondieron a neoplasias y demás causas, las cuales se encuentran relacionadas comúnmente con patologías crónicas; el análisis de los porcentajes y las tasas, mostró que existe coincidencia con los grupos de causas mencionadas, siendo estas las de mayor impacto en la población bogotana, aunque aparecen de forma importante las causas externas. Adicionalmente, aun cuando el comportamiento de las tasas de AVPP fue descendente en el periodo, siguen siendo las causas definidas como “todas las demás enfermedades” y las “neoplasias” las de mayor importancia, apareciendo las enfermedades del sistema circulatorio como uno grupo importante. Como hallazgo adicional, se observó que el comportamiento fue diferente en hombres y mujeres, dado que en hombres las causas externas fueron más importantes, mientras en mujeres fueron las neoplasias, lo anterior puede estar explicado por el tipo de actividades y las reacciones ante situaciones que suelen ser diferentes según el sexo.

En otros grupos de causas, se observó que las enfermedades respiratorias agudas fueron las más importantes en el grupo de transmisibles; en las neoplasias, aun cuando el cáncer de próstata fue el más importante en todo el grupo, existieron evidentes diferencias entre hombres y mujeres dado que la patología más importante en mujeres fueron las neoplasias de órganos digestivos; para el sistema circulatorio, se observó que las enfermedades isquémicas del corazón y cerebro vasculares fueron las más importantes apareciendo en magnitudes similares en hombres y mujeres. Para los trastornos perinatales, los más importantes fueron clasificados como respiratorios, con distribuciones similares en hombres y mujeres; no obstante, en mujeres aparecieron como causas importantes las afecciones del periodo perinatal. Con respecto a la mortalidad por causas externas, cobraron importancia los homicidios y los accidentes de tránsito aun cuando las tendencias fueron descendentes, el análisis por sexo mostró que en hombres la mayor importancia la presentaron los homicidios; para las causas mal definidas, se evidenció una tendencia a la disminución en todo el periodo de análisis y para las demás causas, las de mayor importancia fueron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, aun cuando la tendencia fue más estacionaria a lo largo del periodo de análisis.

Con respecto a la comparación de las causas de muerte con lo que ocurre en el país, se observó que no existieron diferencias significativas entre los indicadores distritales y los nacionales, excepto en el indicador de homicidios, el cual fue significativamente más bajo para la ciudad.

Para el análisis de mortalidad materno - infantil, se observó cierta homogeneidad en el grupo de causas, siendo la principal para los menores de 1 año, las afecciones originadas en el periodo perinatal, con un comportamiento similar hombres y mujeres; en niños de 1 a 4 años, las enfermedades del sistema respiratorio y causas externas de mortalidad tuvieron mayor preponderancia, aunque este último grupo disminuyó de manera considerable en el periodo de estudio, presentando un comportamiento similar en hombres y mujeres. En este último grupo, apareció de manera importante las malformaciones congénitas. Por último, para el grupo de menores de 5 años, las afecciones del periodo perinatal fueron la que tuvieron el mayor peso de la mortalidad en este grupo de edad, aunque se presentó una tendencia descendente en ambos sexos.

La comparación de los indicadores de mortalidad materno infantil y la nación evidenció, que aunque en general los indicadores fueron más bajos para el distrito, dichas diferencias fueron significativas únicamente en la razón de mortalidad materna, dado que correspondió a poco menos del indicador registrado para la nación; en general, se pudo evidenciar, tendencia descendente en estos indicadores a través del periodo de análisis.

Con respecto a los diferentes indicadores de la mortalidad en niños, la tendencia en general mostró una dirección descendente en la mortalidad neonatal, la mortalidad infantil, mortalidad en la niñez, mortalidad por EDA, mortalidad por IRA y mortalidad por desnutrición. La desagregación de dichos indicadores en grupos poblacionales de mayor interés mostró que según la etnia los indicadores de mortalidad materna y mortalidad neonatal presentaron una tendencia descendente y que el análisis en función del área geográfica, evidenció una disminución en los indicadores analizados, aun cuando la disminución fue más evidente en el área de cabecera que en el área rural.

Las causas más importantes sobre las cuales se debe generar acción desde el ámbito político, corresponden a las causas denominadas todas las demás enfermedades, neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio y causas externas, los cuales tiene la mayor carga de la enfermedad y producen un mayor impacto en la población por muertes en personas jóvenes. En tal sentido, aunque las tendencias fueron descendentes en la mayoría de los indicadores en el periodo de análisis, es importante tener en cuenta el subgrupo de neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio y algunos de los indicadores de mortalidad perinatal que mostraron tasas con tendencia ascendente.

2.2 Análisis de la Morbilidad

Dentro del análisis de la situación de salud, el estudio de la morbilidad es un elemento clave debido a que además de permitir identificar la evolución del proceso salud - enfermedad y sus posibles determinantes, define las intervenciones que pueden ser llevadas a cabo desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación, paliación y control.

En este documento se incluyen aspectos como los diagnósticos de morbilidad atendida basados en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud RIPS, consolidados en el SISPRO, desagregados por variables de interés en salud pública de tipo socio demográfico con especificaciones de persona, tiempo y lugar. Por otra parte se abordan aspectos de morbilidad específica, morbilidad para eventos de alto costo, morbilidad de los eventos precursores y morbilidad de eventos de notificación obligatoria.

2.2.1. Principales causas de morbilidad atendida

Dentro de las grandes causas de morbilidad atendida registradas durante el año 2016 predominaron los diagnósticos asociados a enfermedades no transmisibles, seguido por condiciones transmisibles y nutricionales; las cuales se encontraron en segundo lugar en el ciclo primera infancia e infancia en este periodo. Por otra parte en segundo lugar en los ciclos vitales adolescencia, juventud, adultez y persona mayor se hallaron las condiciones mal clasificadas, seguido por las condiciones transmisibles y nutricionales, las lesiones predominaron en la etapa juventud y adolescencia.

En la primera infancia se observó aumento en la proporción de atenciones registradas durante el año 2016 en comparación con el 2015 para las enfermedades mal clasificadas, no transmisibles y disminución en las condiciones perinatales. Además en el ciclo infancia aumentaron las condiciones transmisibles y nutricionales y disminuyeron las enfermedades no transmisibles.

En el ciclo adolescencia se encontró una disminución considerable en la proporción de atenciones por enfermedades no transmisibles registradas durante el año 2016 en comparación con el 2015, de igual forma, las condiciones transmisibles y nutricionales, las lesiones y las condiciones maternas mostraron reducción al comparar estos periodos, sin embargo las condiciones mal clasificadas aumentaron.

Del mismo modo en el ciclo adultez redujeron las condiciones mal clasificadas, maternas, enfermedades no transmisibles, condiciones transmisibles y nutricionales y lesiones. Asimismo en el ciclo persona mayor se observó reducción en todas las grandes causas a excepción de las lesiones (ver tabla 30).

Tabla 30. Principales causas de morbilidad atendida por ciclo vital. Bogotá D. C., 2009 – 2016

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total								Δ pp 2016- 2015
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	42,48	40,95	43,63	41,31	38,73	37,36	36,12	36,42	0,30
	Condiciones perinatales	3,68	3,20	3,49	2,78	2,52	3,51	5,45	1,58	-3,88
	Enfermedades no transmisibles	39,59	39,04	35,02	39,01	42,16	43,67	42,58	43,49	0,91
	Lesiones	3,27	3,18	3,60	3,44	3,92	3,76	4,03	4,12	0,09
	Condiciones mal clasificadas	10,97	13,63	14,26	13,46	12,67	11,69	11,83	14,40	2,57
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,68	22,02	20,60	18,41	17,01	18,05	18,28	21,11	2,83
	Condiciones maternas	0,04	0,05	0,03	0,03	0,03	0,12	0,20	0,25	0,05
	Enfermedades no transmisibles	59,81	59,15	60,70	65,08	65,24	64,81	63,42	58,27	-5,15
	Lesiones	4,20	4,80	5,03	4,21	4,95	4,93	5,51	5,63	0,12
	Condiciones mal clasificadas	12,27	13,98	13,63	12,26	12,77	12,09	12,60	14,75	2,15
		0,00								
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	19,07	18,62	15,95	13,92	13,04	12,14	10,63	9,86	-0,77
	Condiciones maternas	2,53	2,10	2,17	2,22	2,00	2,09	1,60	1,24	-0,36
	Enfermedades no transmisibles	75,63	80,18	78,36	80,45	78,77	76,48	67,82	57,71	-10,11
	Lesiones	6,63	8,25	8,18	6,81	8,14	7,79	7,53	6,98	-0,55
	Condiciones mal clasificadas	17,07	19,56	18,05	15,59	16,97	15,43	13,86	14,71	0,86
		0								
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,90	15,75	14,30	13,37	13,99	12,89	13,24	13,92	0,68
	Condiciones maternas	4,37	3,81	3,91	3,58	3,59	3,77	3,79	3,34	-0,45
	Enfermedades no transmisibles	60,53	60,13	60,92	64,45	61,78	63,42	60,84	59,15	-1,69
	Lesiones	5,77	6,02	6,34	5,93	7,24	7,32	8,29	8,47	0,18
	Condiciones mal clasificadas	13,43	14,29	14,52	12,67	13,40	12,60	13,83	15,11	1,28
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,76	10,38	9,75	9,11	9,48	8,94	9,71	9,98	0,26
	Condiciones maternas	1,42	1,44	1,39	1,12	1,29	1,34	1,64	1,30	-0,34
	Enfermedades no transmisibles	72,58	71,48	72,89	75,61	73,48	74,62	71,33	71,07	-0,26
	Lesiones	4,66	4,70	4,92	4,66	5,62	5,54	6,46	6,25	-0,21
	Condiciones mal clasificadas	10,57	12,00	11,05	9,50	10,12	9,56	10,86	11,41	0,55
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,54	4,77	4,28	3,94	3,80	3,95	4,33	4,28	-0,06
	Condiciones maternas	0,01	0,03	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	-0,01
	Enfermedades no transmisibles	84,37	81,75	84,16	85,73	84,57	84,65	83,00	82,59	-0,41
	Lesiones	3,14	3,18	3,27	3,18	3,93	4,17	4,27	4,28	0,01
	Condiciones mal clasificadas	7,93	10,27	8,30	7,15	7,68	7,22	8,39	8,85	0,46

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=Actualizaci%C3%B3n%20ASIS%202017>

El análisis de la morbilidad atendida para las grandes causas se identificó que en los hombres el comportamiento fue similar al registrado en la población total, sobresaliendo las atenciones por enfermedades no transmisibles seguido por las transmisibles y nutricionales y por las condiciones mal clasificadas, hallándose una mayor proporción de atenciones por enfermedades no transmisibles en el ciclo adultez (262.33 %) y persona mayor (174.35 %), las cuales presentaron un aumento significativo durante el año 2016. No obstante las atenciones por diagnóstico de lesiones se concentraron en los ciclos adultez, juventud, persona mayor, observándose una tendencia al aumento.

En general durante el año 2016 aumentaron los diagnósticos de atención para todas las grandes causas en los hombres a excepción de las condiciones perinatales y condiciones transmisibles y nutricionales en primera infancia y las enfermedades no transmisibles en la adolescencia.

En el análisis de las causas de morbilidad atendida para las mujeres se evidenció el mismo comportamiento que en los hombres; destacándose los diagnósticos de morbilidad por enfermedades no transmisibles seguido por condiciones transmisibles y nutricionales.

Por otra parte en la primera infancia se observó disminución en las causas relacionadas con condiciones perinatales (1.60 %) para el año 2016 y un leve aumento en las otras causas, en el ciclo infancia para el mismo periodo, disminuyó la proporción de atenciones por enfermedades transmisibles y aumentó en las otras grandes causas de morbilidad.

Asimismo en la adolescencia y en la juventud se destacaron las enfermedades no transmisibles viéndose una disminución de las atenciones presentadas por este diagnóstico durante el año 2016 en relación a las registradas durante el 2015. En la adultez se observó disminución para causas relacionadas a condiciones maternas (2.01 %) y lesiones (4.48 %).

Para el ciclo persona mayor se observó disminución durante el año 2016 para las causas asociadas a enfermedades no transmisibles (82.67 %), condiciones transmisibles y nutricionales (4.3 %) y condiciones maternas (0.0 %) (Ver tabla 32 página 138).

**Tabla 31. Principales causas de morbilidad atendida en hombres por ciclo vital.
Bogotá D. C., 2009 – 2016**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres								Δ pp 2016- 2015
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	43,09	41,48	44,17	41,94	39,17	37,91	36,68	36,60	-0,08
	Condiciones perinatales	3,63	3,18	3,44	2,78	2,50	3,40	5,35	1,55	-3,80
	Enfermedades no transmisibles	39,04	38,65	34,52	38,37	41,71	43,10	42,19	43,48	1,29
	Lesiones	3,47	3,36	3,89	3,70	4,14	4,04	4,28	4,41	0,12
	Condiciones mal clasificadas	10,77	13,33	13,98	13,20	12,47	11,54	11,49	13,95	2,46
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,94	10,11	10,90	11,50	10,41	12,45	12,27	15,88	3,60
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	31,70	28,04	33,81	42,84	41,65	45,60	42,93	44,01	1,07
	Lesiones	2,49	2,52	3,11	3,01	3,46	3,85	4,06	4,51	0,45
	Condiciones mal clasificadas	6,09	6,25	7,05	7,46	7,59	8,01	8,02	10,48	2,46
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,19	8,10	8,05	8,18	7,36	7,86	6,55	6,75	0,20
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	33,21	32,04	36,84	43,97	42,16	45,18	38,81	36,54	-2,27
	Lesiones	4,13	4,68	5,62	5,32	5,85	6,45	5,90	6,02	0,11
	Condiciones mal clasificadas	6,81	7,35	7,74	7,79	8,03	8,19	7,09	8,05	0,96
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	19,20	18,78	18,13	19,56	22,31	21,43	20,40	22,46	2,07
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	61,39	61,35	67,71	81,05	85,53	91,21	80,80	82,19	1,39
	Lesiones	10,05	10,80	12,55	12,84	15,52	16,89	17,42	19,61	2,19
	Condiciones mal clasificadas	11,89	12,89	13,92	14,07	15,36	15,30	15,05	16,81	1,76
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	30,94	30,80	32,88	36,61	41,83	41,10	41,19	46,18	4,99
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	174,84	178,47	203,95	252,30	262,81	284,59	242,18	262,33	20,15
	Lesiones	17,75	19,81	23,44	25,00	29,87	31,79	33,06	36,44	3,38
	Condiciones mal clasificadas	24,06	29,02	30,42	31,10	34,63	34,61	33,96	39,18	5,22
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	3,71	4,50	5,32	5,83	6,45	7,58	6,52	8,96	2,45
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	70,58	79,59	109,08	132,05	145,07	167,28	125,22	174,35	49,13
	Lesiones	2,63	2,98	4,17	4,66	6,66	8,06	6,48	9,02	2,53
	Condiciones mal clasificadas	6,66	10,25	11,40	11,54	14,10	15,00	13,28	19,12	5,84

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=Actualizaci%C3%B3n%20ASIS%202017>

**Tabla 32. Principales causas de morbilidad atendida en mujeres por ciclo vital.
Bogotá D. C., 2009 – 2016**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres								Δ pp 2016- 2015
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	41,81	40,36	43,04	40,61	38,24	36,93	35,49	36,21	0,72
	Condiciones perinatales	3,74	3,21	3,55	2,79	2,55	3,64	5,56	1,60	-3,97
	Enfermedades no transmisibles	40,20	39,48	35,57	39,70	42,65	44,50	43,00	43,49	0,49
	Lesiones	3,06	2,98	3,29	3,16	3,67	3,46	3,74	3,81	0,07
	Condiciones mal clasificadas	11,19	13,96	14,56	13,75	12,88	11,92	12,20	14,89	2,69
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24,54	22,49	21,38	19,13	17,56	18,31	18,31	21,00	2,69
	Condiciones maternas	0,07	0,10	0,07	0,06	0,06	0,24	0,41	0,51	0,10
	Enfermedades no transmisibles	58,87	58,53	59,74	63,99	64,42	64,38	63,01	57,74	-5,27
	Lesiones	3,62	4,23	4,36	3,75	4,39	4,32	4,95	5,20	0,24
	Condiciones mal clasificadas	12,90	14,65	14,45	13,07	13,56	12,75	13,31	15,55	2,24
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,68	13,65	12,33	11,05	10,47	9,91	9,89	10,22	0,33
	Condiciones maternas	3,67	2,90	3,19	3,32	2,97	3,24	2,80	2,43	-0,37
	Enfermedades no transmisibles	62,74	62,98	64,36	67,78	66,04	67,43	67,14	63,81	-3,33
	Lesiones	3,78	4,43	4,26	3,84	5,02	4,77	5,32	5,56	0,24
	Condiciones mal clasificadas	15,13	16,05	15,86	14,01	15,50	14,65	14,84	17,98	3,14
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,42	14,47	13,23	12,25	12,81	11,77	12,05	12,72	0,67
	Condiciones maternas	6,66	5,91	6,19	5,62	5,61	5,98	6,03	5,35	-0,68
	Enfermedades no transmisibles	60,88	60,71	61,29	64,96	61,84	63,68	61,08	59,69	-1,39
	Lesiones	3,65	3,60	3,54	3,58	5,02	4,77	5,49	5,21	-0,28
	Condiciones mal clasificadas	14,40	15,32	15,76	13,60	14,71	13,80	15,35	17,03	1,68
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,87	9,57	8,94	8,32	8,50	8,12	8,57	8,86	0,28
	Condiciones maternas	2,15	2,19	2,13	1,72	1,97	2,07	2,56	2,01	-0,55
	Enfermedades no transmisibles	73,59	72,68	74,32	76,91	74,70	75,71	72,56	72,59	0,02
	Lesiones	3,38	3,16	3,27	3,30	4,31	4,15	4,80	4,48	-0,32
	Condiciones mal clasificadas	11,01	12,39	11,35	9,75	10,52	9,96	11,50	12,07	0,56
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,61	4,86	4,39	4,04	3,84	4,02	4,35	4,30	-0,05
	Condiciones maternas	0,02	0,05	0,00	0,00	0,02	0,02	0,01	0,00	-0,01
	Enfermedades no transmisibles	84,32	81,73	84,29	85,75	84,80	84,74	83,22	82,67	-0,54
	Lesiones	3,14	3,25	3,30	3,28	3,98	4,23	4,27	4,29	0,02
	Condiciones mal clasificadas	7,91	10,10	8,02	6,93	7,37	6,99	8,15	8,74	0,59

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=Actualizaci%C3%B3n%20ASIS%202017>

2.2.2. Morbilidad específica por subgrupo

En la agrupación que incluye condiciones transmisibles y nutricionales se encontraron en mayor proporción las atenciones por infecciones respiratorias, las cuales presentaron un comportamiento variable, por el contrario las enfermedades infecciosas y parasitarias presentaron una tendencia hacia el aumento pasando de (35.67 %) durante el año 2009 a (44.49 %) durante el año 2016. Por otra parte las deficiencias nutricionales muestran un comportamiento constante, observándose aumento en la proporción de atenciones del año 2016 (2.44 %) en relación al 2015 (2.14 %).

La mayor proporción de atenciones por enfermedades infecciosas y parasitarias se halló en el ciclo juventud y adultez con una tendencia variable durante los años 2009 a 2015, destacándose la proporción de atenciones presentadas en la población joven y en adulto mayor.

Tabla 33. Morbilidad atendida por condiciones transmisibles y nutricionales. Bogotá D. C., 2009 – 2016

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	35,67	37,39	37,20	39,70	43,50	41,16	44,80	44,49	-0,31
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	61,09	59,84	60,30	57,75	54,23	56,45	53,06	53,07	0,01
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,24	2,77	2,50	2,55	2,26	2,39	2,14	2,44	0,30

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=Actualizaci%C3%B3n%20ASIS%202017>

Entre las condiciones maternas y perinatales predominaron las causas relacionadas con condiciones maternas, las cuales presentan a una tendencia hacia el aumento, pasando de (76.92 %) durante al año 2009 a (85.55%) el año 2016. No obstante las condiciones derivadas durante el periodo perinatal presentaron una tendencia variable, mostrándose una gran disminución durante el año 2016 en relación al año 2015 (-12.98) (Ver tabla 34).

Tabla 34. Morbilidad atendida por Condiciones maternas perinatales, Bogotá 2009-2016

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total								Δ pp 2016-5
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	76,92	76,84	78,57	82,45	84,35	79,94	72,57	85,55	12,98
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	23,08	23,16	21,43	17,55	15,65	20,06	27,43	14,45	-12,98

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=Actualizaci%C3%B3n%20ASIS%202017>

De las causas de morbilidad relacionadas con condiciones no transmisibles, a nivel general predominaron las enfermedades músculo esqueléticas, las condiciones orales y las enfermedades cardiovasculares.

Por otra parte presentaron disminución durante al año 2016 en relación al año 2015 las enfermedades de órganos de los sentidos (-0.29), anomalías congénitas (-0.02) y las condiciones orales (-6.11), por el contrario los otros grandes subgrupos mostraron aumento al comparar estos periodos (Ver tabla 35).

Tabla 35. Causas de morbilidad de las condiciones no transmisibles. Bogotá D. C., 2009 – 2016

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total								Δ pp 2016-5
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,16	1,43	1,44	1,36	1,50	1,74	1,67	1,92	0,24
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,35	1,36	1,34	1,39	1,45	1,51	1,52	1,55	0,03
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,92	2,16	2,32	2,25	2,31	2,43	2,07	2,64	0,57
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	6,69	6,85	7,09	7,37	7,48	7,08	6,66	7,26	0,60
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,88	7,93	8,13	7,44	7,51	6,96	7,75	8,64	0,89
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	9,04	9,27	8,04	7,87	7,62	7,67	9,95	9,66	-0,29
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	12,45	10,22	11,67	11,24	11,73	12,06	10,39	11,67	1,27
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,60	5,01	5,25	4,54	4,21	3,99	3,88	4,09	0,20
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,43	7,25	6,87	6,69	6,77	6,42	6,62	7,00	0,38
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	10,73	10,12	9,43	9,16	9,31	8,84	8,57	9,09	0,51
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,03	6,08	5,61	5,35	5,23	5,08	5,09	5,46	0,37
	Enfermedades músculo-esqueléticas (M00-M99)	11,95	14,46	14,94	14,46	14,02	14,60	14,10	15,44	1,35
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1,46	1,38	1,31	1,32	1,29	1,13	1,18	1,16	-0,02
	Condiciones orales (K00-K14)	16,32	16,46	16,57	19,54	19,58	20,49	20,53	14,42	-6,11

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=Actualizaci%C3%B3n%20ASIS%202017>

Entre los diagnósticos de atención asociados a lesiones sobresalió durante el periodo 2009 a 2016 el subgrupo de causas que abarca los diagnósticos de traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas, seguido de las lesiones no intencionales.

Tabla 36. Causas de morbilidad de lesiones. Bogotá 2009 – 2016

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total								Δ pp 2016-5
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2,37	3,66	4,40	10,25	22,26	17,41	17,28	13,98	-3,30
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,39	0,48	0,51	0,38	0,31	0,28	0,34	0,32	-0,02
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,05	0,06	0,07	0,05	0,04	0,02	0,03	0,03	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	97,19	95,80	95,02	89,31	77,39	82,29	82,35	85,67	3,32

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=Actualizaci%C3%B3n%20ASIS%202017>

2.2.3. Morbilidad de eventos de alto costo

La semaforización de los eventos de alto costo, permitió observar que al comparar los indicadores propuestos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre lo presentado en la ciudad capital y el país para la tasa de incidencia de VIH, no obstante algunos de los datos para Bogotá fueron de 0,0 lo que dificulta comparación a partir de la variabilidad del estimador.

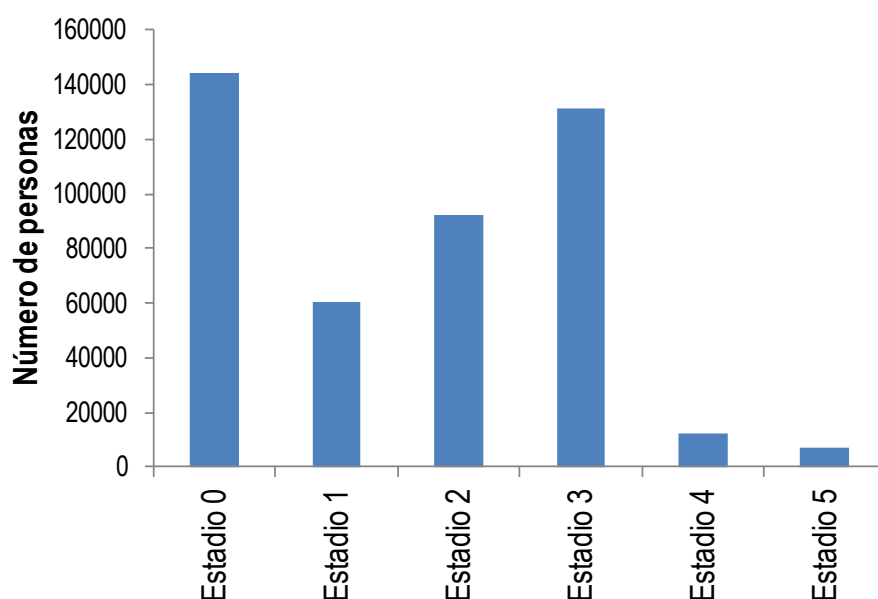
El seguimiento permitió observar que el indicador de prevalencia de enfermedad renal crónica, la tasa de enfermedad renal crónica y la tasa de incidencia de leucemia aguda disminuyeron para el año 2014, la tasa de incidencia de VIH registrada presentó aumento (tabla 37).

Al analizar el número de personas con Enfermedad Renal Crónica por estadio, se encontró que los estadios con mayor número de personas fueron el 0 con (n=144.016 personas) y el 3 con (n=130.984 personas), observándose un incremento en el número de personas en estadio 3 en relación al 2 de (n=38.749), por el contrario los estadios 4 y 5 se encontraron un número de casos de (n= 12.613) y (n=7.305) respectivamente.

Tabla 37. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Bogotá D. C., 2006 – 2016

Evento	Colombia 2015	Bogotá D. C. 2016	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	0	0,1	-	-	-	-	↗	↘	↗	-	-	-
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	0	0	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-
Tasa de incidencia de VIH notificada	11,57	34,8	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0	0	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)	0	0	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=Actualizaci%C3%B3n%20ASIS%202017>

Gráfico 53. Progresión de la enfermedad renal crónica. Bogotá D. C. 2016


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=Actualizaci%C3%B3n%20ASIS%202017>

2.2.4. Morbilidad de los eventos precursores

Al verificar los eventos precursores, se observa que la prevalencia de diabetes mellitus y la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años, no presentaron diferencias estadísticamente significativas en el valor que toma el indicador en Bogotá municipio con las prevalencia registradas en la nación. Adicionalmente, se observó que en el año 2015 la prevalencia de diabetes aumento al igual que la de hipertensión arterial con respecto al año anterior.

Tabla 38. Morbilidad de los eventos precursores. Bogotá 2006 – 2015

Evento	Colombia 2015	Bogotá D.C. 2015	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalencia de diabetes mellitus	2,17	2,57	-	-	-	-	-	↗	↘	-	↘	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	7,23	7,82	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Con respecto a los eventos de notificación obligatoria, se observa que para Bogotá, la mayoría de los indicadores de letalidad, se encuentran en 0,0 lo que indica que no se presentaron casos de muerte derivados de las enfermedades descritas en el último año de observación.

En general, y de acuerdo a la información distrital, al comparar con el año anterior se evidencia la existencia de diferencias significativas en la letalidad del evento de sífilis congénita. Los eventos intoxicaciones, Meningitis Neisseria meningitidis, varicela, tuberculosis pulmonar y hepatitis diferente a la A, no tienen diferencias, el evento IRAG inusitado es significativamente menor que el del año anterior (ver tabla 39).

Tabla 39. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria 2016

Causa de muerte	Bogotá 2015	Bogotá 2016	Comportamiento								
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	0,35	0,21	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗
Meningitis Neisseria meningitidis	14,75	17,11	↗	↘	↗	↘	↘	-	-	-	-
Meningitis por Haemophilus influenzae	7,41	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tosferina	4,72	0,00	↗	↘	-	↗	↗	↘	-	-	-
Varicela	0,01	0,01	-	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Sífilis congénita	2,40	8,40	-	-	-	-	-	-	-	-	↗
Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela)	14,56	0,00	-	-	-	↗	↗	↗	↘	-	-
Infección respiratoria aguda grave (irag inusitado)	22,22	10,87	-	-	-	-	-	-	-	-	↗
Tuberculosis pulmonar	17,05	19,18	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗
Hepatitis distintas a A	1,87	0,58	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Chagas crónico y agudo	0,00	3,85	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗
Dengue grave	11,51	0,00	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	-
Leptospirosis	1,79	0,00	↘	↗	↘	-	-	↗	↘	-	-
Malaria	3,12	0,00	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	-
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0,00	10,00	-	-	-	-	-	-	-	-	↗

Fuente: Base SIVIGILA Distrital 2015 - 2016.

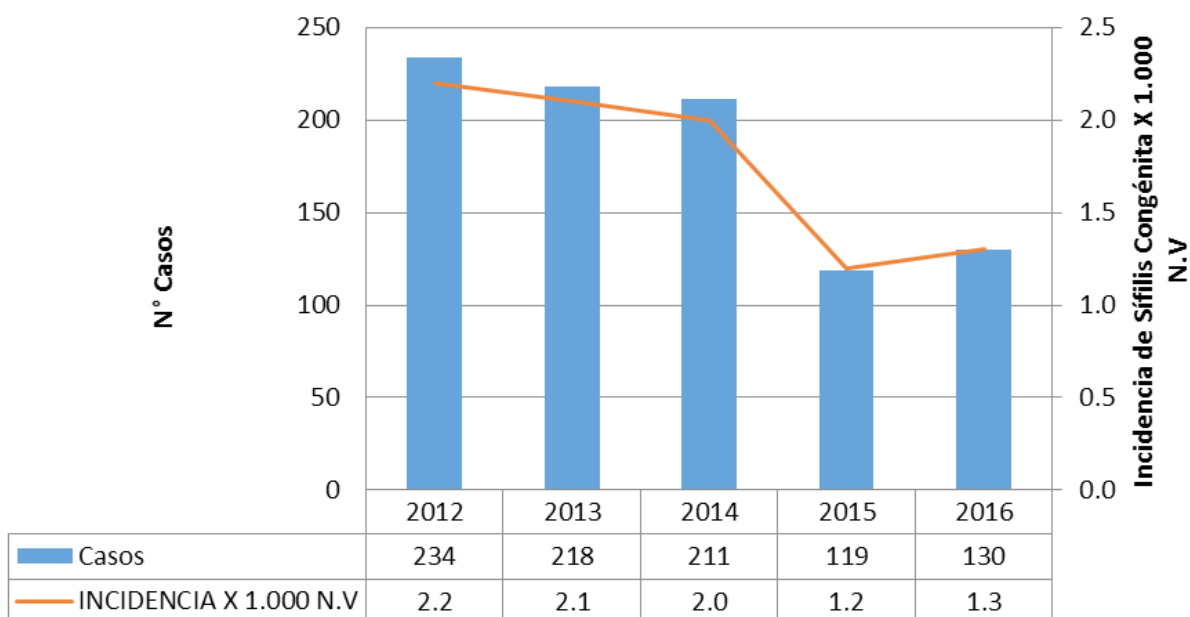
2.2.5.1. Análisis de la peor situación

2.2.5.1.1. Sífilis congénita

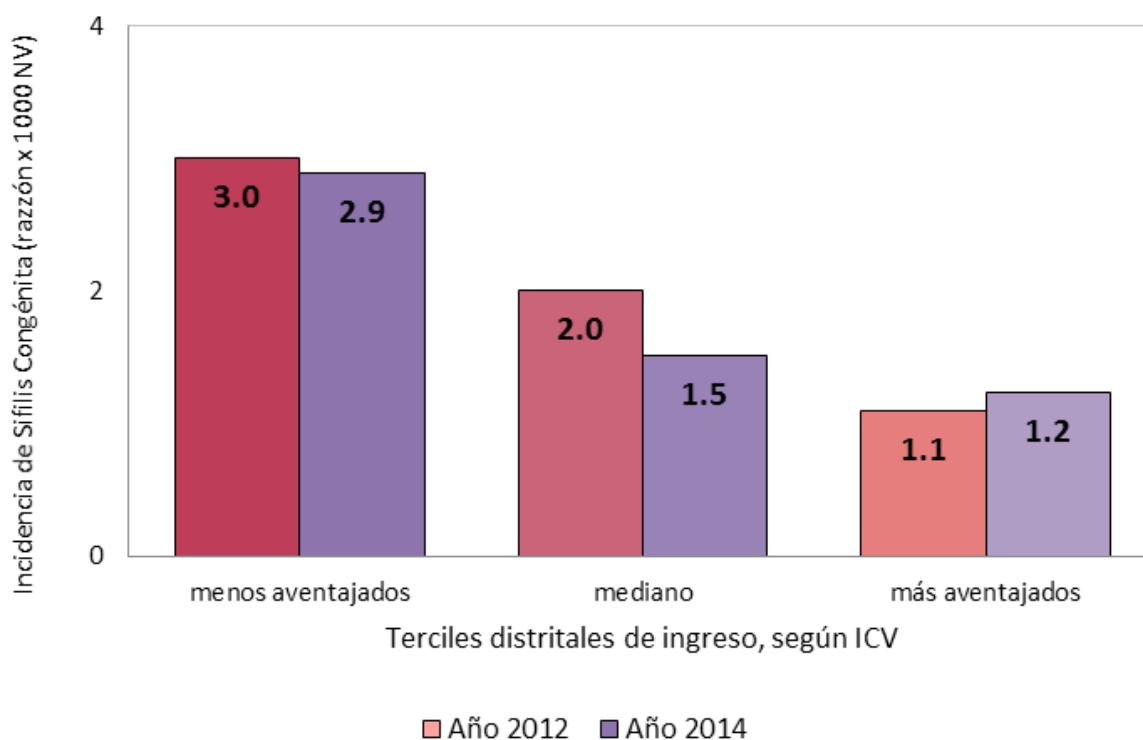
En Colombia se ha apoyado esta iniciativa mundial de eliminación con la construcción de diferentes planes, sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos de los diferentes sectores involucrados, la sífilis congénita no ha sido eliminada, y la incidencia ha pasado de 0,90 casos por 1000 nacidos vivos en 1998 a 1,69 en 2014.

Bogotá tiene una tasa de sífilis congénita por encima de los valores presentados por países como Chile, México y Argentina, este valor también supera el total nacional.

En el periodo evaluado, se evidenció que el 16 % de los casos corresponde a reinfección y el 11 % a habitantes de calle. En promedio para los últimos cinco años el porcentaje de casos por régimen muestra que el régimen subsidiado aporta el 51 % y el régimen contributivo el 29 %. Del mismo modo se encuentra, que en los casos presentados a semana epidemiológica 39 de 2017, aproximadamente el 79 % de los casos corresponden al estrato 1, el 55.6 % de las madres tenían nivel educativo bajo (primaria o sin educación) y el 58.8 % tenía menos de 3 controles prenatales o no había asistido a control (ver gráfico 54).

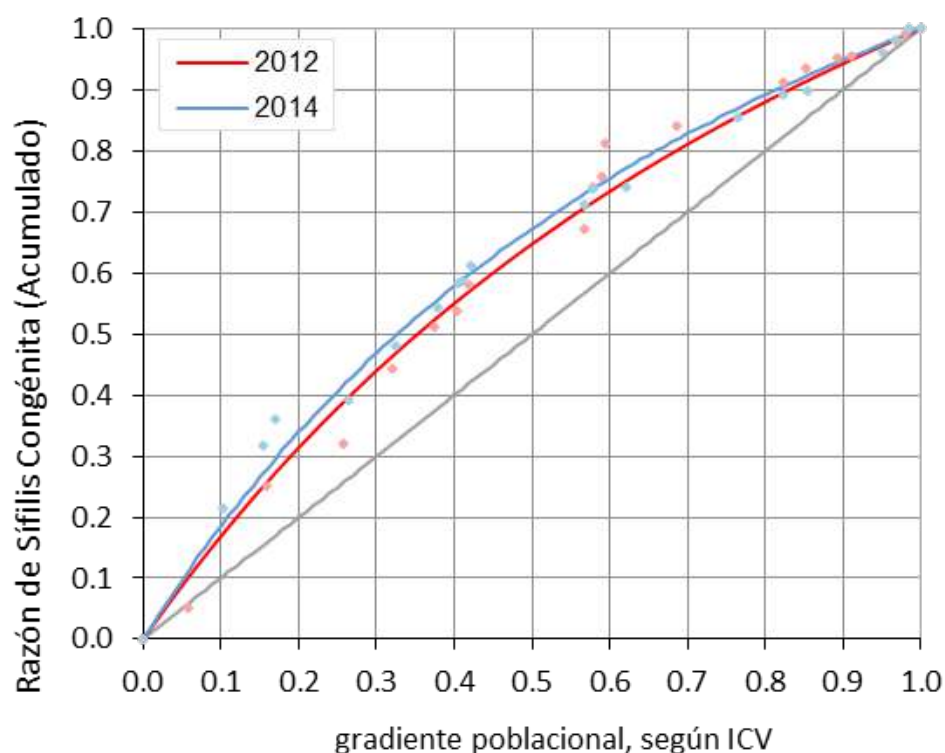
Gráfico 54. Casos e Incidencia de Sífilis Congénita. Años 2012 - 2016. Bogotá D. C.

Fuente. SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud. Año 2012 - 2016.

Gráfico 55. Comparativo Incidencia Sífilis Congénita según ICV por Terciles Distritales. Años 2012 - 2014

Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS.

Gráfico 56. Curva de Concentración de la Desigualdad en la Incidencia de Sífilis Congénita por ICV



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS.

En cuanto al análisis de desigualdades, se evidencia que en el año 2012 se registra un exceso de aproximadamente 2 casos de sífilis congénita por 1.000N.V. en las localidades menos aventajadas (Ciudad Bolívar, Usme, Santafé, Bosa, San Cristóbal, Rafael Uribe y Tunjuelito) frente a las más aventajadas (Usaquén, Puente Aranda, Engativá, Barrios Unidos, Chapinero, Fontibón y Teusaquillo). Dicha brecha presenta una leve disminución en el año 2014 donde se evidencia un exceso de 1.7 casos de sífilis gestacional por 1.000N.V. en las localidades menos aventajadas frente a las más aventajadas. Al igual que en gestacional, la curva de concentración muestra un leve incremento de la concentración del evento en los menos aventajados en toda la jerarquía social.

2.2.5.1.2. Intoxicaciones

Durante el año 2016 se notificaron en el SIVIGILA 6.201 casos de intoxicación aguda por sustancias químicas. De estos, 17 correspondieron a casos mortales, 3 de ellos descartados dentro de la clasificación por exposición a sustancias químicas. Las 14 mortalidades confirmadas representan una tasa de letalidad general de 0,24 fallecidos por cada cien intoxicados.

Los 14 casos confirmados de mortalidad por intoxicación con sustancias químicas se distribuyeron de manera igual por sexo (n=7). La edad mínima de los fallecidos fue de

3 años, mientras que la máxima fue de 48 años; 2 de los casos correspondieron a menores de edad: 1 caso en un niño de 3 años y otro caso en un niño de 15 años. El 71,4 % (n=10) de las muertes se dieron por exposición con intencionalidad suicida con mayor proporción de mujeres, mientras que en 2 de los casos no fue identificado el tipo de exposición.

El grupo de sustancias que estuvo implicado en la mayoría de los casos fue el de medicamentos, en 7 de las 14 mortalidades, seguido por el de plaguicidas con 4 casos. En segundo lugar, se ubicó la tasa de mortalidad en intoxicación por plaguicidas, con un valor de 0,50 fallecidos por cada 100.000 habitantes. La tasa de letalidad más alta se presentó en intoxicación por metanol: de los 43 casos de intoxicación, la condición final para 1 de ellos fue la de muerto (tipo de exposición accidental), obteniéndose una tasa de letalidad de 2,33 muertos por cada 100 intoxicados por metanol.

2.2.6. Análisis de la población con Discapacidad

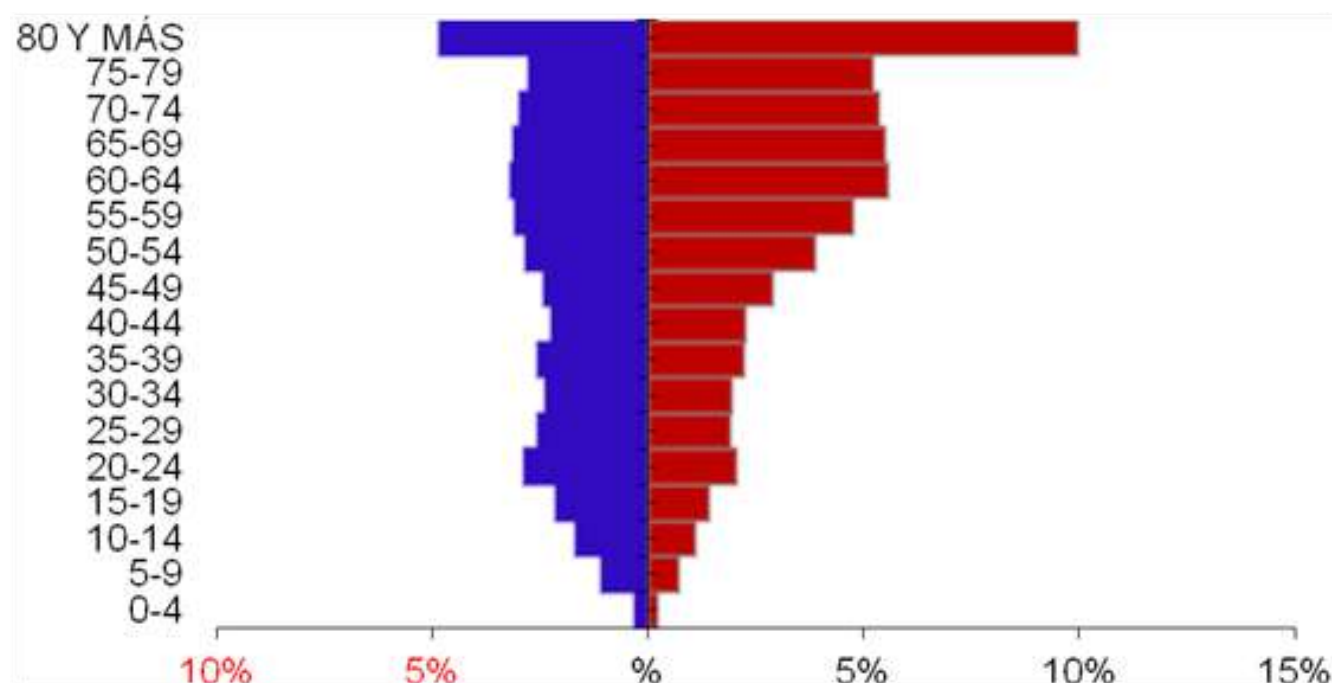
De acuerdo con el Informe Mundial sobre Discapacidad del 2011, existe un 15 % de personas en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; esto equivale a más de mil millones de personas. Para Colombia, según el último censo DANE 2005, el 6,4 % de la población tendría una discapacidad, lo que equivale a que 3.154.366 personas en 2017 tendrían dicha condición. De manera particular para Bogotá este mismo referente establece una prevalencia del 5 %, lo que significa que para el año 2017 alrededor de 404.036 personas tendrían discapacidad en la ciudad.

Para el presente análisis no se toma como fuente de información el SISPRO, debido a que la ciudad de Bogotá D.C., cuenta con información proveniente del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad actualizada y disponible, desde el año 2002 y hasta el 31 de Octubre de 2017. Este registro, es una herramienta estadística basada en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, OMS, CIF 2001; en la cual se concibe la discapacidad como un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación; indicando los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una “condición de salud” y sus factores contextuales ambientales y personales. En concordancia, esta fuente de información no permite identificar tipologías de discapacidad, en su lugar facilita caracterizar un funcionamiento. De acuerdo con lo anterior en el presente apartado se muestra la discapacidad con base en los elementos que la caracterizan “alteraciones permanentes, dificultades y barreras”.

A partir del registro en mención se han identificado y caracterizado a 272.273 personas con discapacidad residentes en la ciudad. En la actualidad, de esta población registrada 221.401 registros se validan como “condición vivos”; posterior a la exclusión de 50.872 registros que aparecen como fallecidos según cruce realizado con la fuente: Base de datos Registros de Licencias de Inhumación, expedidas por la Secretaría Distrital de Salud con corte a Junio de 2017.

De la población con discapacidad caracterizada con condición “vivos”, el 57 % son mujeres y el 43 % restante son hombres. La pirámide poblacional de este grupo para el periodo en estudio, presenta una forma ascendente a medida que aumenta la edad y permite observar que aproximadamente hasta los 44 años es mayor el número de hombres con discapacidad identificados y desde los 45 años en adelante más mujeres presentan esta condición. De forma general acumulada para la ciudad, hay predominio de mujeres en vejez. Es de aclarar, que no se incluyen 123 registros sin dato de edad.

Gráfico 57. Pirámide poblacional de población con discapacidad viva, registrada entre 2002-31 de Octubre de 2017. Bogotá D. C., (n=221.278)



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. (Información preliminar). Última fecha de actualización Noviembre de 2017.
Base de datos: Registros de Licencias de Inhumación, expedidas por la Secretaría Distrital de Salud con corte a Junio de 2017.

La población con discapacidad identificada se encuentra en mayor concentración en las localidades de Kennedy (12,4 %), Bosa (9,5 %), Rafael Uribe (8,6 %), Ciudad Bolívar (8,2 %), Suba (7,9 %) y (7,4 %) en San Cristóbal y Engativá; localidades de alta densidad poblacional. Por su parte el comportamiento de la prevalencia para el año 2017 nos muestra que algunas localidades con baja densidad poblacional presentan prevalencias superiores a la estimada (5 %) y a la identificada (3,2 %) en el D. C.; de manera particular las localidades de la Candelaria (8,8 %), Santafé (6,7 %), Sumapaz (6,4 %) y los Mártires (6,0 %); considerándose que la discapacidad representa una mayor carga en la población de dichas localidades.

Tabla 40. Población con discapacidad viva, según localidad de residencia y sexo, Bogotá D.C.; registrada entre 2002-31 de Octubre de 2017. Bogotá D. C., (n= 221.401), datos preliminares

Localidad	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Usaquén	5461	40,8%	7928	59,2%	13389	5,7%
Chapinero	1636	44,5%	2040	55,5%	3676	1,7%
Santa Fe	2554	46,5%	2936	53,5%	5490	2,7%
San Cristóbal	6999	45,6%	8351	54,4%	15350	7,4%
Usme	5209	45,2%	6314	54,8%	11523	5,5%
Tunjuelito	3484	42,6%	4691	57,4%	8175	3,7%
Bosa	9015	40,5%	13269	59,5%	22284	9,5%
Kennedy	11832	39,7%	17954	60,3%	29786	12,4%
Fontibón	4645	41,4%	6570	58,6%	11215	4,9%
Engativá	7045	47,4%	7813	52,6%	14858	7,4%
Suba	7552	46,0%	8871	54,0%	16423	7,9%
Barrios Unidos	2765	43,9%	3531	56,1%	6296	2,9%
Teusaquillo	1559	46,8%	1771	53,2%	3330	1,6%
Los Mártires	2206	49,2%	2274	50,8%	4480	2,3%
Antonio Nariño	1688	42,2%	2315	57,8%	4003	1,8%
Puente Aranda	4514	39,0%	7046	61,0%	11560	4,7%
Candelaria	752	45,7%	895	54,3%	1647	0,8%
Rafael Uribe Uribe	8207	38,7%	13019	61,3%	21226	8,6%
Ciudad Bolívar	7802	47,9%	8480	52,1%	16282	8,2%
Sumapaz	201	50,0%	201	50,0%	402	0,2%
Sin Dato De Localidad	4	66,7%	2	33,3%	6	0,0%
Total	95130	43,0%	126271	57,0%	221401	100,0%

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. (Información preliminar). Última fecha de actualización Noviembre de 2017. Base de datos Registros de Licencias de Inhumación, expedidas por la Secretaría Distrital de Salud con corte a Junio de 2017.

En la condición de discapacidad se presentan como principales alteraciones las relacionadas con el movimiento del cuerpo (55,2 %), el sistema nervioso (41,6 %), sistema cardiorrespiratorio y defensas (34 %) y visuales (34 %). De forma correspondiente, se observa que las principales limitaciones en las actividades de la vida diaria están relacionadas con caminar, correr, saltar (58,1%), pensar y memorizar (39,6 %), desplazarse en trechos cortos (32,5 %), ver (28,6 %), llevar objetos con la manos (24,7 %), cambiar posiciones del cuerpo (22,9 %). Este patrón se mantiene en las mujeres, sin embargo, en los hombres se encuentra como tercera limitación más frecuente la relacionada con ver; las otras limitaciones mencionadas se comportan de acuerdo con el patrón evidenciado.

Tabla 41. Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y sexo; Bogotá D. C.; registrada entre 2002-31 de Octubre de 2017. Bogotá D. C. (n= 221.401), datos preliminares

Alteraciones permanentes	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Sistema nervioso	43218	45,4%	48891	38,7%	92109	41,6%
Ojos	29743	31,3%	45449	36,0%	75192	34,0%
Oídos	14454	15,2%	17346	13,7%	31800	14,4%
Demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)	2216	2,3%	2775	2,2%	4991	2,3%
La voz, el habla	17744	18,7%	14776	11,7%	32520	14,7%
Sistema cardiorrespiratorio, las defensas	25764	27,1%	49615	39,3%	75379	34,0%
Digestión, el metabolismo, las hormonas	14146	14,9%	28905	22,9%	43051	19,4%
Sistema genital, urinario, reproductivo	9971	10,5%	12820	10,2%	22791	10,3%
Movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	48765	51,3%	73511	58,2%	122276	55,2%
Piel, las uñas, el cabello	3286	3,5%	5113	4,0%	8399	3,8%
Otra alteración	2369	2,5%	3867	3,1%	6236	2,8%
Total Población con discapacidad	95130		126271		221401	

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. (Información preliminar). Última fecha de actualización Noviembre de 2017. Base de datos Registros de Licencias de Inhumación, expedidas por la Secretaría Distrital de Salud con corte a Junio de 2017.

Tabla 42. Población con discapacidad, según limitaciones en las actividades de la vida diaria y sexo; Bogotá D.C.; registrada entre 2002-31 de Octubre de 2017. Bogotá D. C. (n= 221.401), datos preliminares

Limitaciones en actividades de la vida diaria	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Para pensar	40.422	42,5%	47.153	37,3%	87.575	39,6%
Para ver	25.178	26,5%	38.143	30,2%	63.321	28,6%
Para oír	12.491	13,1%	14.674	11,6%	27.165	12,3%
Para distinguir sabores u olores	1.886	2,0%	2.348	1,9%	4.234	1,9%
Para hablar y comunicarse	19.675	20,7%	16.502	13,1%	36.177	16,3%
Para desplazarse en trechos cortos	24.420	25,7%	47.594	37,7%	72.014	32,5%
Para masticar, tragar, asimilar o transformar los alimentos	12.031	12,6%	23.690	18,8%	35.721	16,1%
Para retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	10.494	11,0%	13.714	10,9%	24.208	10,9%
Para caminar, correr, saltar	50.983	53,6%	77.720	61,6%	128.703	58,1%
Para mantener piel, uñas y cabellos sanos	6.696	7,0%	8.959	7,1%	15.655	7,1%
Para relacionarse con las demás personas y el entorno	18.966	19,9%	17.396	13,8%	36.362	16,4%
Para llevar, mover, utilizar objetos con las manos	21.870	23,0%	32.878	26,0%	54.748	24,7%
Para cambiar y mantener posiciones del cuerpo	20.765	21,8%	29.913	23,7%	50.678	22,9%
Para alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	11.841	12,4%	13.417	10,6%	25.258	11,4%
Otra dificultad	3.055	3,2%	4.045	3,2%	7.100	3,2%
Total Población con discapacidad	95.130		126.271		221.401	

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. (Información preliminar). Última fecha de actualización Noviembre de 2017. Base de datos Registros de Licencias de Inhumación, expedidas por la Secretaría Distrital de Salud con corte a Junio de 2017.

Por su parte, el comportamiento de las barreras actitudinales es similar en cada momento del curso vital; de forma general, es más frecuente “no encontrar actitudes negativas en ninguna persona”; sin embargo, cuando existen, se relacionan con la familia, otras personas y amigos. Las barreras físicas más frecuentes se encuentran las relacionadas con calles, vehículos de transporte público, escaleras, aceras y parques; en su orden.

El origen de la discapacidad se asocia principalmente con la enfermedad general (37,9 %) y con las alteraciones genéticas o hereditarias (13 %); sin embargo en los hombres (12,6 %), como segunda causa de la discapacidad está relacionada con los accidentes. El (24,2 %) de la población manifestó al momento del registro desconocer el origen o causa de su condición.

Aproximadamente el 36 % de la población con discapacidad requiere ayuda permanente de otra persona para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. Las edades extremas en la infancia (menores de 1 años) y la vejez (centenarios y supra centenarios) es donde encontramos mayores niveles de dependencia, mientras que el adulto maduro se presenta como el subgrupo de mayor autonomía. De forma general es más frecuente que el cuidador de la persona con discapacidad sea una mujer miembro del hogar.

2.2.7. Identificación de principales prioridades en la morbilidad

En la tabla 43, se presentan los eventos de morbilidad de acuerdo con su frecuencia relativa dentro de las causas de consulta.

Tabla 43. Identificación de las principales prioridades en salud

Morbilidad	Prioridad	Bogotá D.C. (año 2016)	Colombia (año 2015)	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles	425.436	56.714.827	Descenso	1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	2. Condiciones transmisibles y nutricionales	356.258	11.489.451	Descenso	9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	3. Condiciones mal clasificadas	140.877	12.642.551	Descenso	
	4. Lesiones	40.316	4.888.924	Descenso	12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	Enfermedades no transmisibles				
	1. Condiciones orales	17.415.565	10.158.211	Aumento	6. Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal
	2. Enfermedades musculoesqueléticas	13.539.848	7.354.087	Aumento	
	3. Enfermedades cardiovasculares	10.841.180	8.478.702	Aumento	1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas

Específica por Subcausas o subgrupos	Condiciones transmisibles y nutricionales				
	1. Infecciones respiratorias	4.426.680	5.419.658	Aumento	9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	2. Enfermedades infecciosas y parasitarias	3.371.371	5.642.231	Aumento	9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	3. Deficiencias nutricionales	156.887	427.562	Aumento	3. Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
	4. Signos y síntomas mal definidos	5.557.687	12.642.552	Descenso	3. Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
	Lesiones				
	1. Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	3.473.071	4.387.933	Aumento	12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	2. Lesiones no intensionales	327.073	468.628	Aumento	12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	3. Lesiones intensionales	9.907	29.385	Aumento	12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas

Fuente: Elaboración propia a partir de la bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Alto Costo	Prioridad	Bogotá D.C. (año 2016)	Colombia (año 2015)	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
	Tasa de incidencia de VIH notificada	34,8	11,57	Aumento	9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,05	0,2	Descenso	1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)	0	0,02		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas

Precusores	1. Prevalencia de diabetes mellitus	2,57*	1,51	Ascenso	1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifestas
	2. Prevalencia de hipertensión arter	7,82*	6,6	Ascenso	1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifestas

Fuente: Elaboración propia a partir de la bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

	Prioridad	Bogotá D.C. (año 2016)	Colombia (año 2015)	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Sifilis Congénita	8,4	1,17**	Ascenso	9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	2. Letalidad de Intoxicaciones	0,21	1,08**	Descenso	9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	3. Meningitidis neisseria meningitidis	17,11	4.48**	Ascenso	9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	4. Letalidad de Tuberculosis Pulmonar	19,18	7,95**	Ascenso	9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	5. Letalidad de Hepatitis B, C y coinfección B - D	0,58	0,65**	Descenso	9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	6. Varicela	0,01	0,03**	Estable	9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas

Discapacidad	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	55,20	36,3	Descenso	16. Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes
	El sistema nervioso	41,60	31,96	Descenso	16. Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes
	El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	34,00	4,6	Descenso	1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	Los ojos	34,00	11,15	Descenso	15. Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos

Fuente: Elaboración propia a partir de la bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.2.8. Conclusiones de Morbilidad

Al analizar el comportamiento de la morbilidad atendida durante el periodo 2009 a 2016, a nivel general según las grandes causas que fueron priorizadas por el Ministerio de Salud, la mayor carga la presenta en todos los ciclos vitales las enfermedades no transmisibles con un incremento sostenido, oscilando entre 82.5 % de la población en el ciclo de adulto mayor y 43.4 % en la primera infancia, seguido por enfermedades transmisibles y nutricionales con un incremento sostenido en la primera infancia, infancia, juventud y adultez y en tercer lugar lesiones. De otra manera las condiciones mal clasificadas en este periodo oscilaron entre el 15.11 % en la etapa juventud y el 8.85 % persona mayor.

Este perfil de morbilidad nos permite observar que Bogotá D. C. se encuentra en un proceso de transición epidemiológica, esto gracias a las estrategias de inmunización, vigilancia activa, vigilancia comunitaria y la investigación epidemiológica de campo que permiten realizar una atención efectiva.

A pesar del esfuerzo se debe continuar o aumentar las estrategias de lactancia materna exclusiva, sensibilizar en el autocuidado y en capacitar en la estrategia AIEPI ya que observamos que las enfermedades transmisibles en comparación con las enfermedades no transmisibles tienen una relación 1:1 en la primera infancia y una relación 1:2 en la infancia. Llama la atención el incremento sostenido de lesiones en todos los ciclos vitales esto posiblemente se debe a factores entre los cuales se encuentran: un aumento del reporte de casos gracias a la capacitación del personal de salud y la comunidad, por situaciones socioeconómica de la población que generan mayor riesgos frente a la posibilidad de inseguridad en espacio público y en conglomeración y con falta de tolerancia de las personas y Bogotá al ser la capital del país y tener una gran estructura urbana, favorece los proceso de migración interna.

Asimismo al analizar en ambos sexos el comportamiento de la morbilidad atendida por grandes causas fue similar al observado en la población general, al comparar los indicadores entre hombres y mujeres observamos una relación 1:2 en enfermedades transmisibles en el ciclo de juventud y adultez; contrario en enfermedades crónicas donde la relación es de 2:1 en el ciclo de vida de juventud, adultez y persona mayor; condiciones materno perinatales son patologías propias de las mujeres, presentándose la mayor concentración en etapa juventud y adultez y en lesiones se encuentra en juventud una relación de 3:1 y el adultez una relación de 9:1. Esto puede deberse que los hombres por mitos y características culturas de la sociedad presentan falta de adherencia a los sistemas de salud y falta de convencimiento en el auto- cuidado.

Entre los diagnósticos de morbilidad atendida para condiciones transmisibles para el periodo 2009 al 2016 con mayor prevalencia son las infecciones respiratorias con una variación estacionaria, en los menores de 5 años su principal etiología es por el Virus Sincitial Respiratorio, sin embargo esto se asocia con otras causas, como contaminación ambiental, aumento de lluvias y el efecto invernadero per se; en menores de 1 año además, se asocia a prematurez y bajo peso al nacer.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias muestran una variación irregular, este comportamiento se puede relacionar con el aumento de la densidad poblacional que ha tenido la ciudad y manejo inadecuado de las acciones de autocuidado, limpieza y desinfección, sin embargo las actividades desde salud pública con énfasis en promoción, prevención, en estrategias de vacunación e intervención sectorizada que responda a las necesidades de cada localidad, capacitación en diferentes espacios de higiene de manos, capacitación y control al sector comercial en manipulación de alimentos, permite mitigar el aumento de éstas enfermedades.

En cuanto a las afecciones materno perinatales, las condiciones maternas tienen una variación creciente, hecho que podría relacionarse con el embarazo adolescente, la malnutrición en las gestantes, la baja asistencia a controles prenatales; además de las barreras administrativas causadas por la fragmentación del sistema de salud y el desconocimiento de los protocolos y guías de manejo; para lo cual, la Secretaria Distrital de Salud ha generado planes de choque con las Empresas Promotoras de Salud, estrategias de capacitación para las mujeres gestantes (signos de alarma, las prácticas de riesgo y las de protección durante la gestación y la lactancia); en cuanto, las condiciones derivadas durante el periodo perinatal en los dos últimos años se resalta una disminución significativa con un p valor de 0.02 esto se debe a la búsqueda activa y el reporte inmediato de la morbilidad neonatal extrema, capacitación en adaptación neonatal y reanimación y trabajo intersectorial.

En enfermedades crónicas como las neoplasias, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedades endocrinológicas, enfermedades respiratorias, enfermedades de piel y gastrointestinales muestra un incremento sostenido; esto se debe al aumento de la urbanización, sedentarismo, aumento de la esperanza de vida, la falta de implementación un sistema de información, falta de una política pública y no contar con una ruta de atención que defina la promoción, prevención, rehabilitación y manejo paliativo; en cuanto a

las enfermedades de órganos de los sentidos, anomalías congénitas y las condiciones orales muestran en los dos últimos años una disminución del indicador. Por lo anterior la Secretaría Distrital de Salud de acuerdo a los lineamientos dados por el Ministerio de Salud generó una priorización para condiciones crónicas donde se implementó en vigilancia de salud pública el análisis del perfil epidemiológico para las mismas, campañas de capacitación en diferentes espacios de autocuidado, articulación con promoción y desarrollo para incentivar prácticas saludables y el diagnóstico oportuno.

Por otra parte respecto a las enfermedades de alto costo, se evidencia dificultad en la obtención de datos de la cuenta de alto costo y se encuentra información relacionada con el informe del instituto nacional de cancerología que difiere de la información reportada por la cuenta. En cuanto a la enfermedad renal crónica llama la atención el incremento de personas entre estadio 2 ($n=38.749$) y 3 ($n=130.984$).

En cuanto a los eventos precursores, la prevalencia de diabetes mellitus y de hipertensión arterial, no presentaron diferencias estadísticamente significativas en el valor de la ciudad frente al de la nación.

Las letalidades de los eventos de notificación obligatoria, con respecto a la información de las bases de datos distritales no presentaron mayores variaciones, a excepción de la sífilis congénita que fue estadísticamente más alta frente al año anterior, no se contó con información actualizada para realizar la comparación de la Nación.

Por otra parte la discapacidad es directamente proporcional con la edad, durante la infancia, adolescencia y juventud es mayor el número de hombres con discapacidad y en la adultez y en la vejez mayor número de mujeres la padecen, a nivel general para la ciudad, hay predominio de mujeres en vejez con esta condición.

Dentro de las principales alteraciones que generan discapacidad se encuentran las relacionadas con el movimiento del cuerpo (55,2 %), el sistema nervioso (41,6 %), sistema cardiorrespiratorio y defensas (34 %) y alteraciones visuales (34 %).

2.3 Análisis de los determinantes sociales de la salud DSS

2.3.1. Determinantes intermedios de la salud

2.3.1.1. Condiciones de vida

2.3.1.1.1. Acueducto y alcantarillado

La cobertura de acueducto y alcantarillado de la ciudad de Bogotá corresponde a una de las más altas del país, la cual se reporta por encima del 96 % tanto para el área rural como urbana, respecto al servicio de electricidad en el área urbana de Bogotá se registra el 100 %. Las coberturas de alcantarillado, porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas en la ciudad son significativamente menores al comparar con la nación (ver tabla 44).

Tabla 44. Comparativo de cobertura de servicios públicos, Bogotá D. C., – Colombia, año 2016

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Bogotá 2016
Cobertura de servicios de electricidad	98,7	100,00
Cobertura de acueducto	89,6	96,44
Cobertura de alcantarillado	77,5	96,37
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	12,5	7,20
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2005)	17,2	1,50
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2005)	17	2,00

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 45. Cobertura de servicios básicos según urbano y rural

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	100	100,00
Cobertura de acueducto	96,6	96,40
Cobertura de alcantarillado	96,55	96,37

FUENTE: Censo General 2005 del DANE y Reporte de Estratificación y Coberturas certificado por las alcaldías al Sistema Único de Información SUI – Acueducto y Alcantarillado 2015 - Electricidad 2014

2.3.1.2. Seguridad Alimentaria

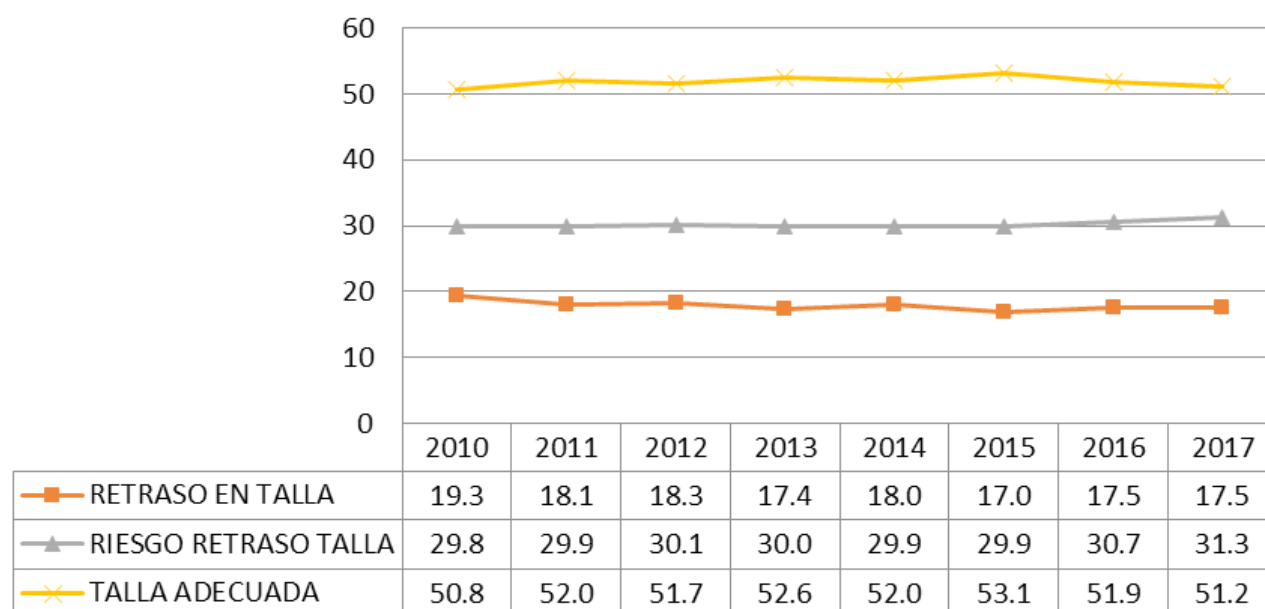
La tendencia de los indicadores nutricionales para Bogotá muestra un aumento significativo del sobrepeso y la obesidad en los niños, niñas y adolescentes con persistencia de segmentos de población afectados por la desnutrición especialmente en la población más vulnerable.

La información que se presenta relaciona el comportamiento de los indicadores nutricionales que se monitorean en la ciudad a través del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN y la base poblacional que se usa para calcular las prevalencias la constituyen los niños y niñas menores de 5 años y las gestantes que acceden a las instituciones de salud públicas y privadas que hacen parte de la red de vigilancia nutricional de la Secretaría Distrital de Salud en la ciudad de Bogotá. La vigilancia nutricional de la población escolarizada de 5 a 17 años se realiza a través de los colegios centinela público y privados que conforman el SISVAN – Escolar.

2.3.1.2.1. Malnutrición En Menores De 5 Años

- **Desnutrición Crónica:** El indicador talla para la edad, mide la velocidad de crecimiento en un periodo de tiempo y permite determinar el retraso en el crecimiento, definido como desnutrición crónica que refleja la falta de una alimentación adecuada durante los años más críticos del desarrollo de los niños (desde la etapa intrauterina hasta los tres primeros años). Sus efectos son, en gran medida, irreversibles y se relacionan estrechamente con la extrema pobreza. La prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años del Distrito Capital presenta una disminución discreta, alcanzando el 17,5 % en 2017, el 31;3 % de los menores presenta riesgo de retraso en talla y solo el 51,2 % tiene una talla adecuada para su edad, (gráfico 58).

Gráfico 58. Tendencia de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años notificados al SISVAN- SDS. Bogotá D. C., 2010- 2017*

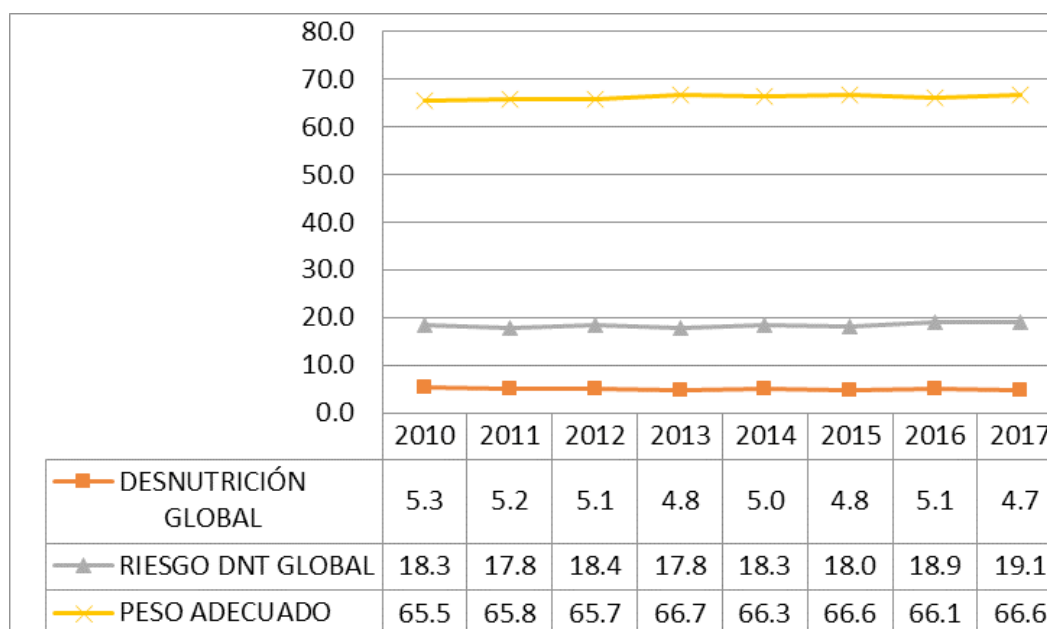


Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. SVSP -Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN. *Patrón de referencia OMS. Información preliminar, junio de 2017.

- **Desnutrición Global:** Con respecto al indicador peso para la edad, indicador compuesto que refleja ampliamente las condiciones estructurales en seguridad alimentaria y nutricional de una población, la prevalencia de desnutrición global en los niños y niñas menores de cinco años presenta tendencia a la disminución, pasando de 5,3 % en 2010 al 4,7 % en 2017 (gráfico 59).
- **Desnutrición Aguda:** Detectada por el indicador peso para la talla, presenta una disminución importante en el período, pasando de 1,7 % en 2010 a 1,1 % en 2017; sin embargo, es importante fortalecer la identificación oportuna y el tratamiento integral de la desnutrición aguda moderada y severa, para prevenir la mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de 5 años (gráfico 60)

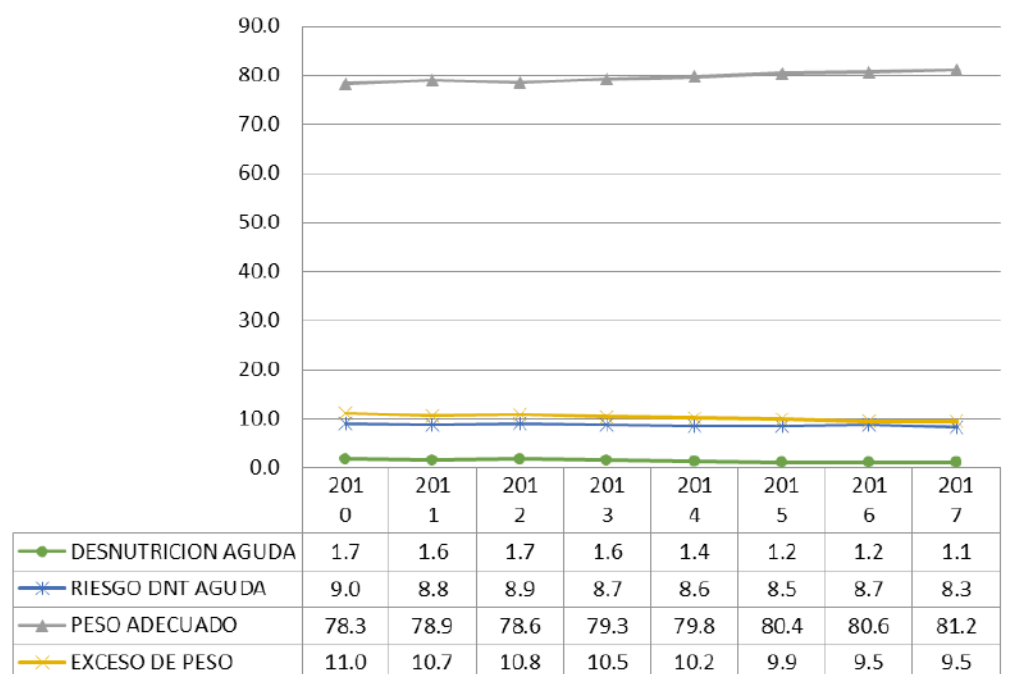
Por otro lado, a pesar de que la prevalencia de exceso de peso en niños y niñas menores de 5 años presenta un comportamiento estable, la implementación de estrategias para promover la alimentación saludable y la actividad física desde edades tempranas es relevante para prevenir la epidemia de la obesidad.

Gráfico 59. Tendencia de la desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años notificados al SISVAN- SDS. Bogotá D. C., 2010- 2017*



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. SVSP -Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN. Patrón de referencia OMS. Información preliminar junio de 2017.

Gráfico 60. Tendencia del estado nutricional en menores de 5 años captados por el SISVAN, según el indicador peso/talla. Bogotá D. C., 2010- 2017*



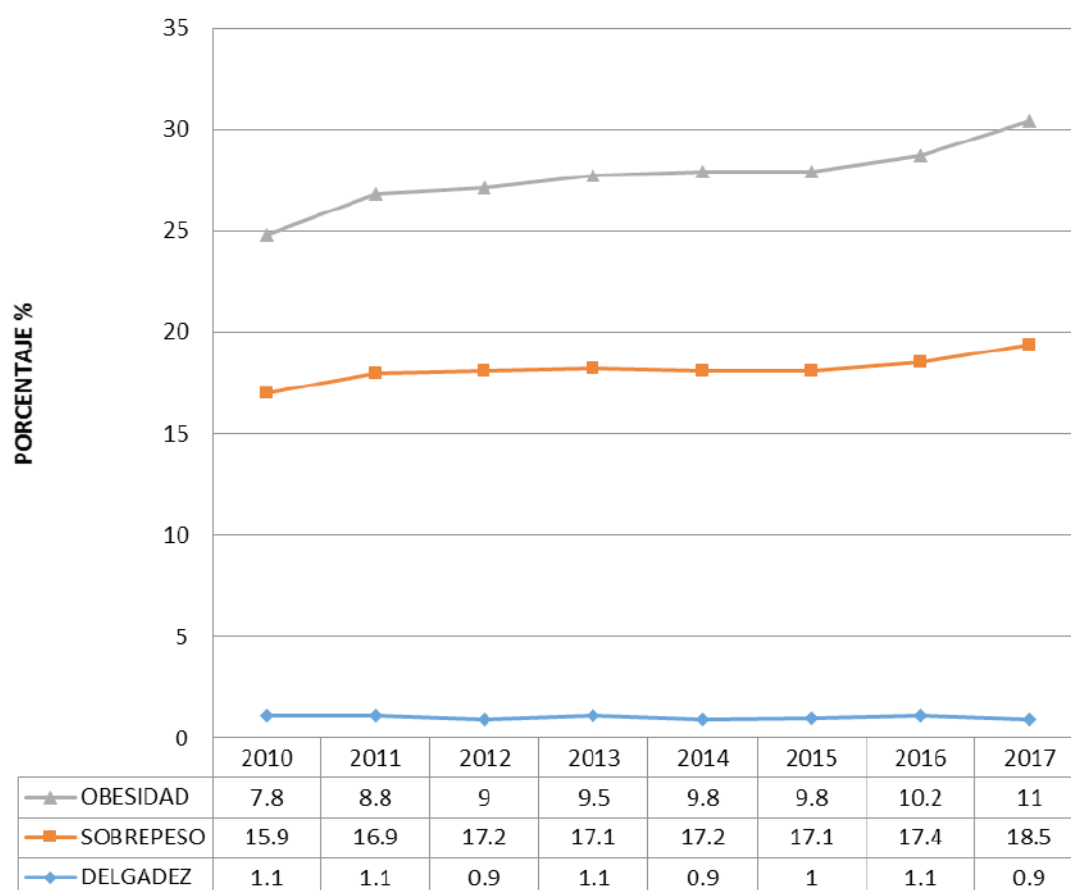
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. SVSP -Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN. Patrón de referencia OMS. * Información preliminar a junio de 2017.

2.3.1.2.2. Malnutrición en escolares de 5 a 17 años

El bajo peso o delgadez en escolares y adolescentes, según el indicador Índice de Masa Corporal, presenta tendencia a la disminución, alcanzando el 0,9 % en 2017, mientras el exceso de peso evidencia un incremento sostenido: el sobrepeso pasó de 15,9 % en 2010 a 18,5 % en 2017 y la obesidad cambió del 7,8 % en 2010 al 11,0 % en 2017 (gráfico 61).

Este comportamiento constituye una alerta para la implementación de estrategias de intervención integrales que van más allá del sector salud; es fundamental la participación del sector educativo y de los padres de familia, para fomentar el consumo de alimentación saludable y la práctica de actividad física diaria, así como la reducción de ambientes obesos genéticos en las instituciones educativas y los hogares y lograr la disminución de factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles.

Gráfico 61. Tendencia de la delgadez, el sobrepeso y la obesidad en Escolares de 5 a 17 años captados por el SISVAN en los colegios centinela, según el indicador Índice de Masa Corporal (IMC). Bogotá D. C., 2010- 2017*



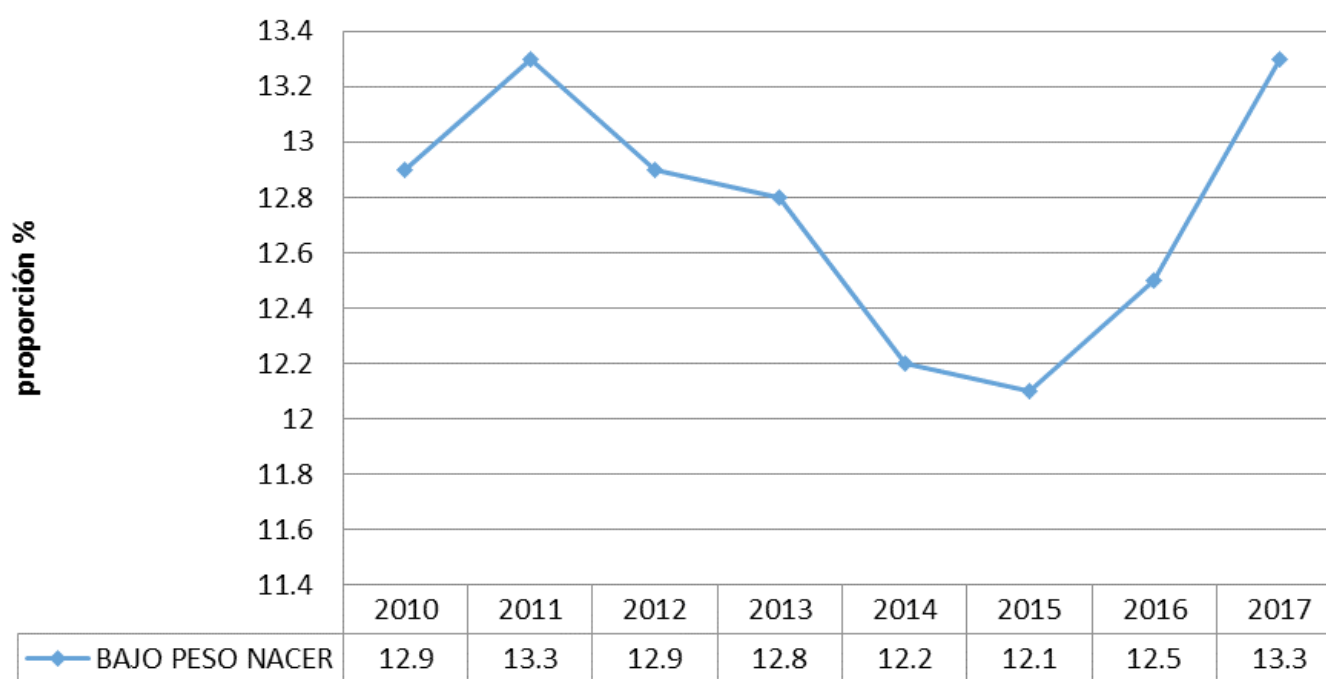
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. SVSP -Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN. *Patrón de referencia OMS. Tamizaje Nutricional del Escolar .2017.

2.3.1.2.3. El bajo peso al nacer

Al analizar la situación del bajo peso al nacer (< 2.499 gr.), de los niños y niñas en Bogotá, la proporción del indicador presenta un incremento, pasando del 12,9 % en 2010 al 13,3 % en 2017, información preliminar con corte a junio (gráfico 62).

La captación temprana al control prenatal, la alimentación adecuada junto con la suplementación con micronutrientes, el seguimiento a la ganancia de peso durante la gestación, y la detección y tratamiento oportuno de las complicaciones del embarazo contribuyen a la reducción del bajo peso al nacer.

Gráfico 62. Tendencia de la Proporción de Bajo Peso al Nacer en Bogotá D. C., 2010-2017*



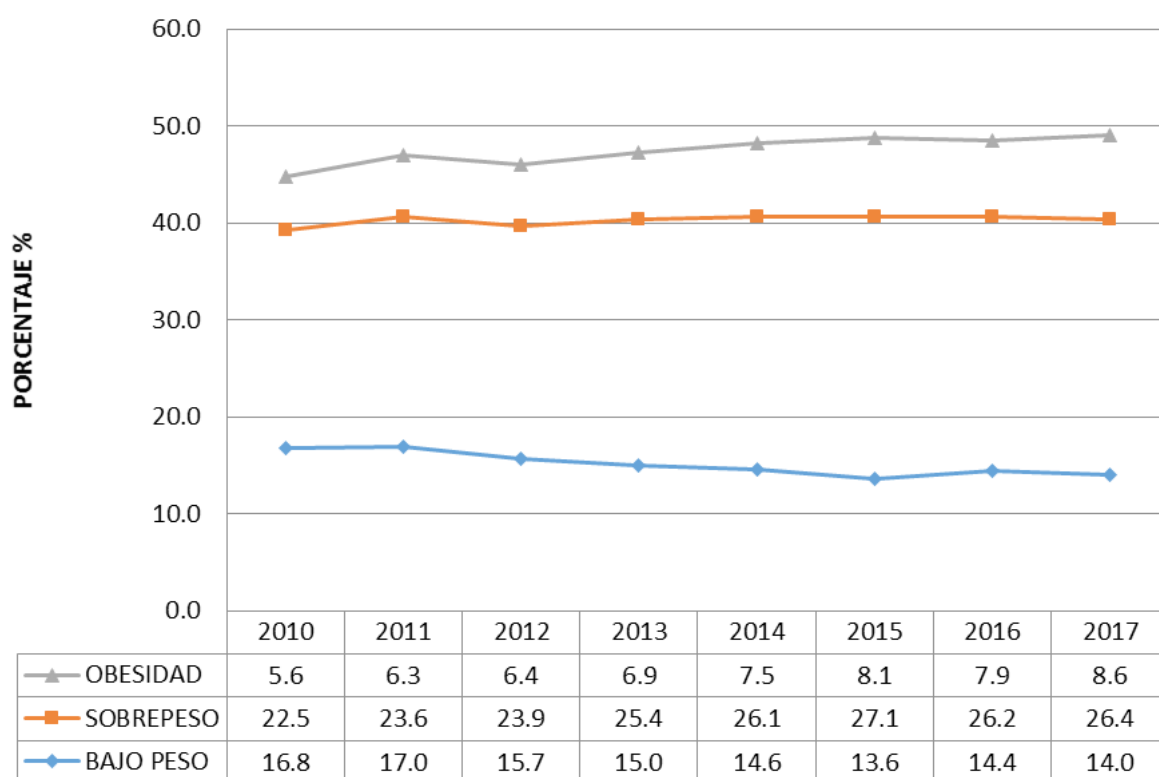
Fuente: SDS estadísticas vitales. Base de datos RUAF 2017 - * información preliminar junio.

2.3.1.2.4. Malnutrición de la Gestante

El fenómeno de la doble carga de la enfermedad se evidencia en el comportamiento de la malnutrición en mujeres gestantes, mientras las cifras de bajo peso gestacional permanecen estacionarias, el sobrepeso y la obesidad se incrementan en proporciones alarmantes. Según el indicador Índice de Masa Corporal Gestacional (Patrones IMC para la edad Gestacional - Athala), en las gestantes captadas por el SISVAN, el bajo peso presenta una reducción, pasando de 16,8 % en 2010 al 14 % en 2017, información preliminar, corte a junio. Por otro lado, el exceso de peso se incrementó así: el sobrepeso cambió del 22,5 % en 2010 al 26,4 % en 2017 y la obesidad, del 5,6 % en 2010 al 8,6 % en 2017 (gráfico 63).

El control de esta situación, que afecta tanto a la mujer como al fruto de la gestación, requiere la implementación de estrategias intersectoriales integrales para la promoción de hábitos de vida saludable en mujeres en edad fértil y el fortalecimiento de la demanda inducida a las acciones en salud sexual y reproductiva en la población del D. C.

Gráfico 63. Tendencia del Estado Nutricional de Gestantes captadas por el SISVAN según el indicador IMC para la Edad Gestacional. Bogotá D. C., 2009- 2017*



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. SVSP -Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN. Patrón de referencia Athala. * Información preliminar junio de 2017.

2.3.1.2.5. Condiciones de trabajo

Condiciones de Salud y Trabajo de la Población Trabajadora del Sector Informal de La Economía En Bogotá, D. C. Año 2017

El tema de la informalidad en el trabajo, es muy complejo; no existen criterios universales o únicos que permitan conocer la magnitud del sector. La definición adoptada por el DANE, para la medición del empleo informal se remite a la resolución de 1993 y las recomendaciones del grupo de DELHI, de las que se toman elementos que se ajustan a la realidad del mercado laboral colombiano. Las características principales que hacen operativa la definición para el DANE, incluyen:

- Los empleados particulares y los obreros que laboran en establecimientos, negocios o empresas que ocupen hasta cinco personas en todas sus agencias y sucursales, incluyendo al patrono y/o socio.
- Los trabajadores familiares sin remuneración.
- Los trabajadores sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares.
- Los empleados domésticos.
- Los jornaleros o peones.
- Los trabajadores por cuenta propia que laboran en establecimientos hasta cinco personas, excepto los independientes profesionales.
- Los patrones o empleadores en empresas de cinco trabajadores o menos.
- Se excluyen los obreros o empleados del gobierno.

De acuerdo con esta definición, según el DANE, para el trimestre julio - septiembre de 2017 la proporción de ocupados informales en las 13 ciudades y áreas metropolitanas fue 47,7 %. Para las 23 ciudades y áreas metropolitanas esta proporción fue 48,7 %. Para el trimestre julio - septiembre de 2016 las proporciones fueron 47,7 % y 48,8 %, respectivamente¹.

Para efectos del subsistema de vigilancia epidemiológica ocupacional -SIVISTRA-, trabajador informal es todo aquél que no es formal y, el criterio tomado en cuenta para su abordaje, es que no cuente con afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales.

Partiendo de este criterio de inclusión, durante el periodo comprendido entre enero 1 y octubre 31 de 2017 los profesionales del subsistema de vigilancia epidemiológica ocupacional -SIVISTRA-, abordaron 1987 trabajadores del sector informal de la economía en las 20 localidades del distrito capital, a través de la investigación y análisis de 1448 eventos mórbidos, la evaluación de la exposición a sustancias químicas en 1047 casos (trabajadores), 125 análisis de puesto de trabajo, 76 audiometrías y, finalmente, el análisis de riesgo psicosocial en 511 trabajadores.

A diferencia de lo identificado en años anteriores, para el actual periodo se observa que el 65,3 % de la población abordada estuvo constituida por hombres, mientras que las mujeres participaron con el 34,7 %, encontrándose una relación de 2:1; esta particularidad obedece a que desde el mes de abril del presente año, se priorizaron actividades consideradas de mayor riesgo por su inherente exposición a sustancias químicas, lo que significó el abordaje de actividades que tradicionalmente han sido ocupadas por el sexo masculino tales como la mecánica automotriz, la carpintería y la metalmecánica, entre otras.

¹ <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-informal-y-seguridad-social>

Características sociodemográficas

La distribución de la población abordada, según ocupación y sexo, se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 46. Distribución de la población abordada según ocupación y sexo. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2017

Categoría Oficio / ocupación	Número de trabajadores			Porcentaje		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Trabajadores del tratamiento de belleza	301	79	380	79,2%	20,8%	19,1%
Fabricante de productos de madera	25	252	277	9,0%	91,0%	13,9%
Mecánico de vehículos automotores	8	218	226	3,5%	96,5%	11,4%
Pintor	12	151	163	7,4%	92,6%	8,2%
Procesadores de alimentos, cocineros y oficios afines (meseros, ayudantes)	97	40	137	70,8%	29,2%	6,9%
Vendedores	73	46	119	61,3%	38,7%	6,0%
Fabricante de piezas de metal	4	113	117	3,4%	96,6%	5,9%
Trabajador del cuero y sus derivados	28	57	85	32,9%	67,1%	4,3%
Ajustador ensamblador de estructuras metálicas	4	62	66	6,1%	93,9%	3,3%
Soldador	1	53	54	1,9%	98,1%	2,7%
Mecánico reparador	2	51	53	3,8%	96,2%	2,7%
Tapicero	7	36	43	16,3%	83,7%	2,2%
Otras ocupaciones	128	139	267	47,9%	52,1%	13,4%
Total	690	1297	1987	34,7%	65,3%	100,0%

Fuente: Base de Datos SIVISTRA. Enero a octubre de 2017.

La anterior tabla permite identificar los 12 tipos de ocupaciones abordados con mayor frecuencia; como se observa, los trabajadores de las salas de belleza siguen siendo los más representativos en lo que va corrido del año (19,1 %). Les siguen en orden de frecuencia los trabajadores de la madera, los mecánicos de vehículos automotores, los pintores y los trabajadores del procesamiento y/o preparación y conservación de alimentos.

Dentro de la categoría otras ocupaciones, se encuentra un importante número de trabajadores del reciclaje (33), trabajadores de cargos administrativos (31), otros oficios que incluyen trabajadores de oficios varios, repartidores de propaganda y trabajadora/es sexuales (28), trabajadores de servicios generales (28), marmoleros (27) y modistos y sastres (27). Otros trabajadores abordados con menor representatividad, incluyen los trabajadores de la impresión y tipografías, de la construcción, trabajadores agropecuarios, entre otros.

Como se mencionó anteriormente, la mayor participación de hombres obedece a que el subsistema ha impreso un enfoque de riesgo, priorizando actividades de mayor riesgo en relación con la exposición a agentes químicos, siendo estas actividades, tradicionalmente con mayor frecuencia, ocupadas por los hombres. Aunque existe una tendencia cada vez mayor a la participación de la población femenina en este tipo de actividades tradicionalmente masculinas, es evidente que la mayor proporción de mujeres abordadas se encuentra en actividades relacionadas con el tratamiento de belleza, la preparación de alimentos y las ventas.

En relación con la edad, se encuentra que la distribución por ciclos vitales, mantiene una tendencia muy similar a la evidenciada en periodos anteriores. Tanto para hombres como para mujeres, la mayor proporción de trabajadores abordados se concentra en edades comprendidas en los rangos de edad 27 a 44, y entre 45 a 59 años (39,2 % y 34,8 % respectivamente). Cabe mencionar, sin embargo, que se observa una tendencia al predominio de mujeres con edades menores que los hombres: el 58,0 % de las mujeres cuentan con edades comprendidas entre los 18 y los 44 años, mientras que en este mismo rango de edad se encuentran el 49,2 % de los hombres.

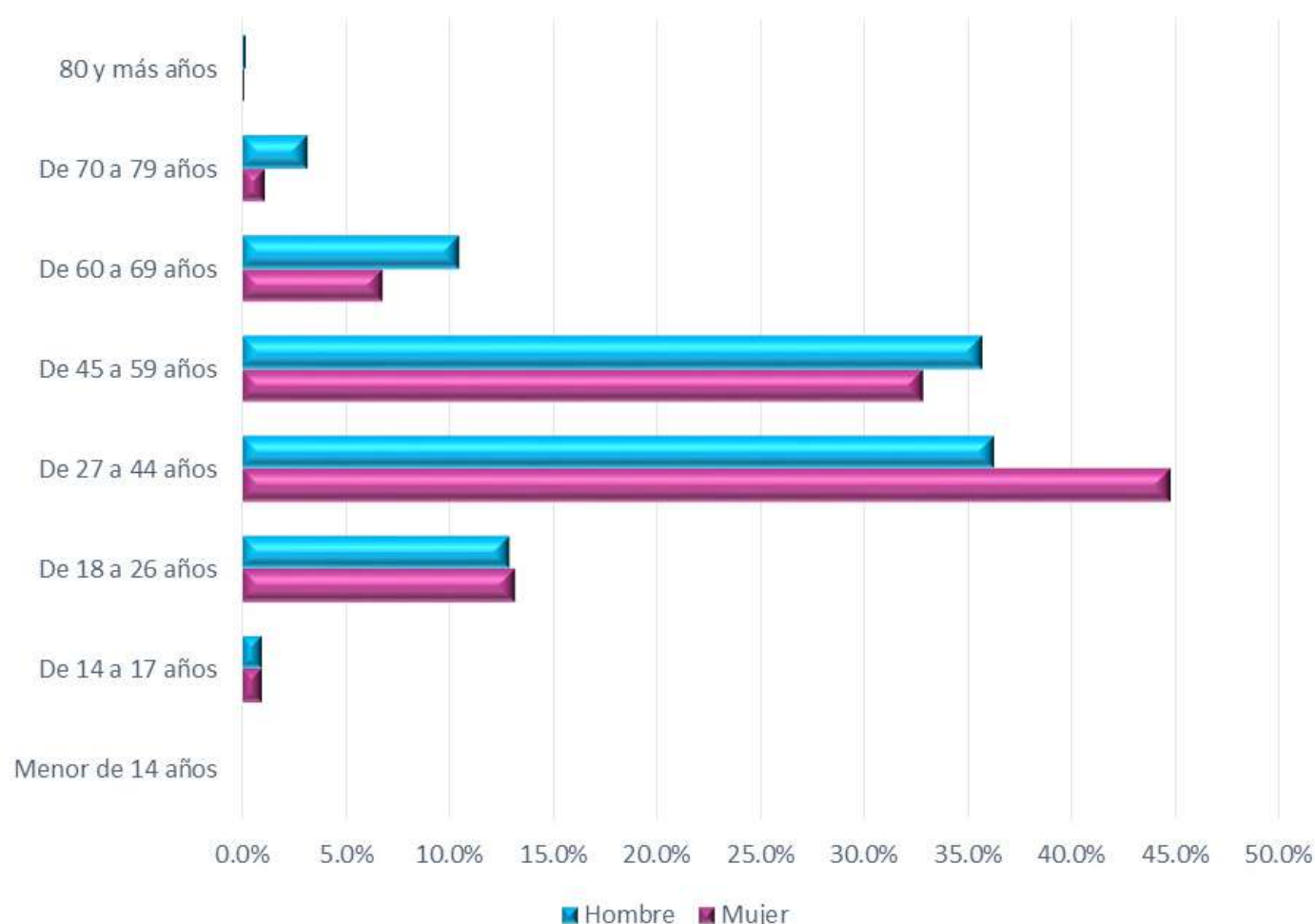
El promedio de edad es de 42,8 años con una mínima de 13 años (menor vendedor ambulante) y una máxima de 90 años (mecánico de vehículos automotores), edades en las que los roles en la sociedad deberían ser diferentes.

De otra parte, la población trabajadora abordada, no cuenta, en su gran mayoría con una protección social sólida ni con redes de apoyo más allá de su familia. En relación con la participación de la población en asociaciones o agremiaciones, apenas 20 trabajadores refirieron pertenecer a alguna forma organizativa.

En cuanto a lo primero, solo el 48,2 % de la población evaluada cuenta con afiliación al régimen contributivo. Si bien este dato supera los presentados en informes anteriores, es importante tener en cuenta que el 54,6 % de estos trabajadores se encuentran en condición de beneficiarios. Como subsidiados del sistema de salud, se encuentran el 37,8 %, y la cifra de trabajadores no asegurado sigue siendo importante (12,4 %), más aún cuando se considera que esta población se concentra en actividades de mayor riesgo (carpinteros, aserradores,

mecánicos, trabajadores de piezas de metal, soldadores, trabajadores de la construcción, entre otros), actividades en las que el nivel de esfuerzo dado por la carga laboral, los sobreesfuerzos, las posturas y las jornadas extensas generan un mayor desgaste acumulativo contribuyendo a la generación de enfermedades crónicas.

Gráfico 64. Distribución de la población abordada según sexo y edad. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2017



Fuente: Base de Datos SIVISTRA. Enero a octubre de 2017.

En relación con la afiliación al sistema general de pensiones, solo el 4,2 % de los trabajadores abordados refieren estar afiliados, lo que augura mayores costos humanos y económicos tanto para el individuo, como para sus familias y para la sociedad.

En relación con los niveles de escolaridad, se encuentra que, de forma global, el 72,9 % de los trabajadores abordados no alcanzan la secundaria completa; el 29,0 % logran estudios secundarios completos y 18,8% alcanzan niveles técnicos pos-secundaria completa. No asistieron

a la escuela 12 trabajadores; estos se ubican en oficios tales como: marmolería, trabajadores de la madera, ayudantes de talleres de mecánica, recicladores, soldadores, trabajadores del cuero y trabajadores de servicios generales y aseo. Todas estas ocupaciones representan una importante exposición a riesgos biomecánicos, químicos y de seguridad.

Pese a que la situación descrita es muy similar a la registrada en años anteriores, cabe mencionar que la información obtenida permite evidenciar que, oficios como los relacionados con el tratamiento de belleza, los cargos administrativos y los trabajadores de la impresión cuentan con mayor frecuencia, con niveles más altos de escolaridad. Particularmente estudios técnicos son más frecuentes en los estilistas. La presencia de trabajadores con estudios técnicos y universitarios incompletos, puede obedecer a que los individuos dejaron de estudiar para dedicarse al trabajo, o a que el trabajo se constituye en una herramienta para mejorar sus niveles educativos.

Finalmente, en relación con las condiciones laborales, se encuentra que las condiciones de contratación de los trabajadores del sector informal son bastante desventajosas.

De forma global, se encuentra que solo el 46,2 % de los trabajadores cuentan con ingresos iguales al SMMLV; el 11,4 % tienen ingresos menores, el 39,5 % ganan entre 1 y 2 SMMLV y solo 1,2 % ganan 2 o más SMMLV.

Los ingresos son variables dentro de una misma categoría de ocupación; esto se debe probablemente a una o varios aspectos: la ubicación y tamaño de la unidad productiva, la estratificación de la sociedad y, el hecho de que cada categoría establecida incluye diferentes niveles de calificación en el oficio.

Pese a lo anterior, es posible observar algún grado de diferenciación en los ingresos según tipo de oficio, lo que refleja la subvaloración y discriminación de algunas ocupaciones. Ejemplo de ello es que 81,8 % (9) de los trabajadores agropecuarios y el 55,5 % (17) de los recolectores o recicladores, al igual que el 33,3 % de los modistos y el 29,4 % de los vendedores, refieren percibir ingresos inferiores al SMMLV. Por el contrario, perciben entre 1 y 2 SMMLV, el 56,1 % de los ensambladores de estructuras metálica, el 57,1 % de los impresores, el 50 % de los preparadores y mezcladores de pinturas, el 51,2 % de los tapiceros, el 55,6 % de los trabajadores de acabados de productos de vidrio, el 58,1 % de los cargos administrativos y el 48,9 % de los trabajadores de peluquerías.

Una de las características del sector informal, es la incertidumbre e inestabilidad tanto en el nivel de ingresos como en su periodicidad; esto se ve reflejado en que, para la población abordada, solo el 35,1 % recibe el pago quincenal o mensualmente y solo el 22,2 % cuenta con ingresos fijos periódicamente. El 77,7 % de la población trabaja al destajo, 1 persona no recibe ninguna remuneración económica y 2 la reciben en especie.

De manera global, solo el 26,5 % de los trabajadores laboran 8 horas diarias; el 61,6 % trabajan en jornadas comprendidas entre 8 y 12 horas diarias, y el 4,0 % trabajan más de 12 horas al día. En relación con los días laborales, se observa que, a diferencia de otros años donde el sector

comercio tenía una amplia participación y se registraba una altísima frecuencia de trabajadores que laboraban 7 días a la semana, las actividades económicas abordadas en el actual periodo tienden a trabajar 5 a 6 días a la semana con mayor frecuencia (81,3 %).

Condiciones de salud y trabajo

El balance general de intervenciones realizadas en el periodo enero a octubre de 2017 y la clasificación del caso, se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 47. Intervenciones realizadas según tipo de evento y de asociación. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2017

Casos investigados	Nº casos	Probables	% Probables
Accidente	366	364	99,5%
Enfermedad	1082	1012	93,5%
Total eventos en salud	1448	1376	95,0%
Condiciones de riesgo analizadas	Nº casos	Nivel de riesgo alto	% NR Alto
Exposición a sustancias químicas	1047	900	86,0%
Puesto de trabajo (c. biomecánicas)	125	81	64,8%
Riesgo psicosocial	511	81	15,9%
Audiometrías	76	43	56,6%
Total condiciones de riesgo	1759	1105	62,8%

Fuente: Tablero de control SIVISTRA. Enero a octubre de 2017.

De acuerdo con los hallazgos, el 95,0% de las condiciones mórbidas investigadas fueron consideradas probables eventos ocupacionales; es decir que, a juicio de los profesionales evaluadores, 1376 eventos, trátase de accidente o de enfermedad, podrían estar relacionados con las condiciones en que se desempeña el trabajo, o haberse desencadenado con ocasión del trabajo.

Aunque comparativamente sigue siendo menor la proporción de eventos tipo enfermedad, frente a la de accidentes, considerada presuntamente laboral, se observa un importante incremento en esta clasificación comparada con años anteriores, lo que significa segura-

mente que ha mejorado la habilidad en la identificación tanto para la notificación como en el proceso de búsqueda activa de casos.

Accidentes

En relación con las lesiones traumáticas, se abordaron 366 trabajadores del sector informal por sospecha de accidente de trabajo; el 99,5 % de estos casos se consideraron eventos probablemente asociados con la ocupación.

De forma global se encuentra que, como para periodos anteriores, las heridas son las lesiones registradas con mayor frecuencia a nivel global (52,7 %) y el principal agente de la lesión es la misma herramienta de trabajo (48,4 %). Dentro de la población que labora en el reciclaje, este tipo de lesión se identificó en el 90,9 % de los casos, mientras que en los trabajadores de servicios generales las heridas representaron el 80 % de las lesiones, en los trabajadores del cuero el 75 %, y en trabajadores de oficios varios el 71,4 %.

En segundo lugar de frecuencia se encuentran las quemaduras, las cuales se identificaron en el 13,4 % de la población abordada, siendo la lesión identificada por excelencia en los oficios relacionados con la preparación de alimentos; el 60 % de las lesiones presentadas en este grupo de trabajadores correspondieron a quemaduras o, dicho de otra forma, el 67,3 % de las quemaduras identificadas se presentaron en los trabajadores de la preparación de alimentos.

Las lesiones tipo punción o perforación, que a nivel global ocupan el 3er lugar (9.8 %), tienden a presentarse con mayor frecuencia en los fabricantes de productos de metal y trabajadores de la madera; 69,4 % de estas lesiones se identificaron en estas actividades económicas.

Otras lesiones que, aunque menos frecuentes, tienen especial importancia por su efecto en la calidad de vida de los trabajadores y el impacto social y económico en el individuo, la familia y la sociedad, incluyen: amputación de falange distal de uno de los dedos de la mano (6 casos), asfixia o síntomas de irritación y dificultad respiratoria por inhalación de vapores químicos (4 casos) y fracturas (8 casos).

En cuanto a la parte del cuerpo afectada, el 48,9 % de los casos se relacionan con lesiones en uno o varios dedos de las manos, el 15,6 % con lesiones en una o ambas manos y el 12 % con lesiones en los ojos, asociadas estas últimas a la proyección de partículas o salpicadura de material. Vale la pena mencionar 4 casos en los que la condición se relacionó con sobreesfuerzos o movimientos inadecuados afectando la región lumbar.

Con base en criterios de severidad y días de incapacidad o grado de limitación presentada, el 48,4 % de los casos fueron considerados moderados y el 6,8 % graves o severos. No presentaron ninguna lesión 6 trabajadores, y en 43,2 % de los casos las lesiones fueron leves. El 56,0 % de los casos graves se presentaron en ensambladores de estructuras metálicas, fabricantes de piezas de metal, mecánicos de vehículos automotores, pintores y latoneros, soldadores, trabajadores de servicios generales y trabajadores de transporte y almacenamiento.

El 45,9 % (166) de los trabajadores abordados recibieron asistencia médica. En el 29,5 % de los casos, a juicio del profesional, no se requirió incapacidad. Los 117 trabajadores restantes (70,5 %) recibieron incapacidad médica que fue desde 1 día (18 trabajadores) hasta 360 días (1 trabajador), con una media aritmética de 5,43 días. El total de días no laborados por incapacidad médica 1964.

A continuación se presenta descripción de las lesiones que significaron mayor número de días de incapacidad médica:

Tabla 48. Relación de los cinco primeros casos que significaron mayor incapacidad médica por lesión accidental. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2017

Categoría Oficio / ocupación	Descripción y análisis del evento	Días de incapacidad médica
Fabricante de piezas de metal	Armando una estructura metálica a más de 1,5 metros de altura, el trabajador cae, presentando como consecuencia trauma abdominal y múltiples lesiones; requirió varias cirugías reconstructivas (incluyendo colostomía y malla).	360
Ajustador ensamblador de estructuras metálicas	Amputación traumática en falanges distales de segundo y tercer dedos de la mano izquierda ocasionado por un máquina de corte con la que labora en su taller	90
Fabricante de piezas de metal	Puliendo una estructura metálica, se enreda con el saco y cae en la rodilla ocasionando corte profundo; requiere de reconstrucción, refiere que presentó infección del cual es nuevamente intervenido quirúrgicamente.	90
Mecánico reparador	Al bajar un tanque, la tapa rebota en el 4 dedo de la mano derecha generando trauma de tejidos blandos; requiere de reconstrucción quirúrgica y hospitalización durante 3 meses.	90

Fuente: Base de Datos SIVISTRA. Enero a octubre de 2017.

Enfermedad

En el periodo comprendido entre enero y octubre de 2017 se investigaron 1082 casos de condiciones mórbidas captadas por notificación pasiva o por búsqueda activa en la comunidad.

Los oficios mayor frecuencia abordados fueron: los fabricantes de productos de madera, mecánicos de vehículos automotores, pintor/latoneros, trabajadores de la preparación de alimentos, trabajadores del tratamiento de belleza y vendedores. Esta población constituye el 68,1 % del total de trabajadores abordados por este tipo de eventos.

De forma global se evaluaron 637 (58,9 %) condiciones osteomusculares y 445 (41,1 %) condiciones no osteomusculares. Dentro de las primeras, ocupan el primer lugar de frecuencia las dorso lumbalgias (incluyen trastornos de discos intervertebrales), las cuales constituyen el 27,5 % de las LME, y el 16,2 % de todas las patologías evaluadas. Los oficios con mayor presencia de esta condición son los mecánicos de vehículos automotores (43 %) y los fabricantes de productos de madera (41 %), en quienes se conjugan diferentes condiciones de riesgo biomecánico que incluyen el manejo de cargas, las posturas sostenidas en bipedestación, flexión o cuclillas, las posturas forzadas y las jornadas extensas. Otros oficios con una importante participación son los cocineros (24 %), los trabajadores de tratamientos de belleza (17 %) y los vendedores (35 %), en quienes las posturas en bipedestación prolongada juegan un importante papel en la generación de dolores dorsales y lumbares.

El síndrome del túnel del carpo constituye el 16,0 % de las LME y el 9,4 % del total de eventos mórbidos identificados y caracterizados. El 57,8 % de esta patología se presentó en trabajadores del tratamiento de belleza. Le siguen en orden de frecuencia los cocineros y oficios afines (8,8 %), los vendedores (6,9 %), los mecánicos de vehículos automotores (5,9 %); los trabajadores del cuero y los fabricantes de productos de madera comparten lugar de frecuencia, cada uno con una participación del 4,9 %.

En relación con las patologías no osteomusculares, las afecciones de las vías respiratorias inferiores constituyen el 9,4 % del total y el 22,9 % de este tipo de condiciones. Le siguen de cerca las condiciones dermatológicas, con un 22,5 % de frecuencia y la irritación de la mucosa ocular o conjuntivitis (13,5 %), condiciones todas ellas que podrían estar asociadas con la exposición a importantes niveles de contaminantes químicos.

Condiciones de riesgo y protectoras en el trabajo

Establecer el tipo de asociación entre el evento de salud y las condiciones de trabajo, exige la valoración e inspección de las condiciones en que se desempeña el individuo y los agentes a los que se encuentran expuesto en el curso de la jornada laboral.

Este proceso permitió identificar que la población abordada se encuentra expuesta de manera importante a todas las condiciones de riesgo evaluadas, siendo las más frecuentes

las condiciones de seguridad y las relacionadas con las relaciones biomecánicas entre el puesto de trabajo y la labor desempeñada.

Tabla 49. Distribución de la población abordada según condición de riesgo identificada. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2017

Condiciones de Riesgo	Nº Expuestos	Proporción de expuestos
Condiciones físicas	1917	96,5%
Contaminantes químicos	1887	95,0%
Contaminantes biológicos	958	48,2%
Condiciones biomecánicas	1957	98,5%
Condiciones psicosociales	1795	90,3%
Condiciones de seguridad	1960	98,6%

Fuente: Base de Datos SIVISTRA. Enero a octubre de 2017.

Los agentes identificados con menor frecuencia son los contaminantes biológicos, los cuales se observan fundamentalmente en los trabajadores de los tratamientos de belleza.

Dentro de las condiciones relacionadas con la seguridad, se encuentra con especial frecuencia: el manejo de herramientas y/o elementos cortantes, punzantes y/o contundentes, los cuales se encuentran presentes como factor de riesgo en el 93, % de los trabajadores. Otros factores de riesgo importantes por su frecuencia, incluyen los mecanismos en movimiento (69,3 %), la proyección de partículas (68,3 %) y la caída de objetos (67,1 %).

En la categoría de condiciones biomecánicas, para el total de trabajadores abordados (1987), la bipedestación prolongada (85,3 %), las posturas forzadas (77,6 %) y los movimientos repetitivos de miembros superiores (92,0 %), son los factores con más frecuencia identificados.

El ruido es el agente físico identificado con mayor frecuencia; de acuerdo con los resultados obtenidos, el 71,8 % de los trabajadores abordados se encuentran expuestos a ruidos intensos. Con respecto a este factor de riesgo, durante el primer trimestre del presente año, se realizó examen audio métrico a 76 trabajadores, de los cuales el 43 % presentaron problemas auditivos probablemente asociados con la exposición a ruido laboral. Otros agentes físicos identificados con menor frecuencia son las vibraciones, la ventilación inadecuada y las temperaturas elevadas.

En cuanto a las condiciones de riesgo psicosocial a las que se encuentra expuesta la población trabajadora del sector informal, contrario a lo que se podría esperar, de manera global para las 1987 personas abordadas, la atención al público (72,9 %) es el aspecto identificado con más frecuencia como agente estresor, por encima de condiciones como el nivel de ingresos (64,9 %), las jornadas extensas (66,4 %), la inestabilidad laboral, la monotonía y la sobrecarga laboral.

Lo anterior, sumado a que, como resultado del análisis de riesgo psicosocial realizado a 511 trabajadores durante el periodo junio a octubre del presente año se ha encontrado una relativa baja proporción de casos con niveles altos de riesgo (15,9 %), permite suponer que, independientemente de las condiciones psicolaborales existentes, existe una alta capacidad de adaptación y de afrontamiento de situaciones estresoras en los trabajadores del sector informal de la economía, haciendo uso de recursos personales resilientes como la creatividad, la aceptación y el buen humor, los cuales surgen de la posibilidad de significar su oficio no sólo como su fuente de ingresos, sino como un medio útil para satisfacer necesidades, mejorar su calidad de vida y la de su familia, así como una forma de realizarse desde una actividad que los motiva y con la que se identifican plenamente.

Contaminantes químicos

De forma global para los 1987 trabajadores abordados, dentro de la categoría de contaminantes químicos predomina la exposición a sustancias irritantes (74,7 %) dentro del total de la población abordada (1987 trabajadores); con mucha menor frecuencia, pero no por ello menos importante, se identifican la exposición a humos metálicos (21,7 %), la exposición a sustancias tóxicas (20,6 %), corrosivas (39,3 %) y la exposición a asbesto, fibra de vidrio o sílice (12,3 %).

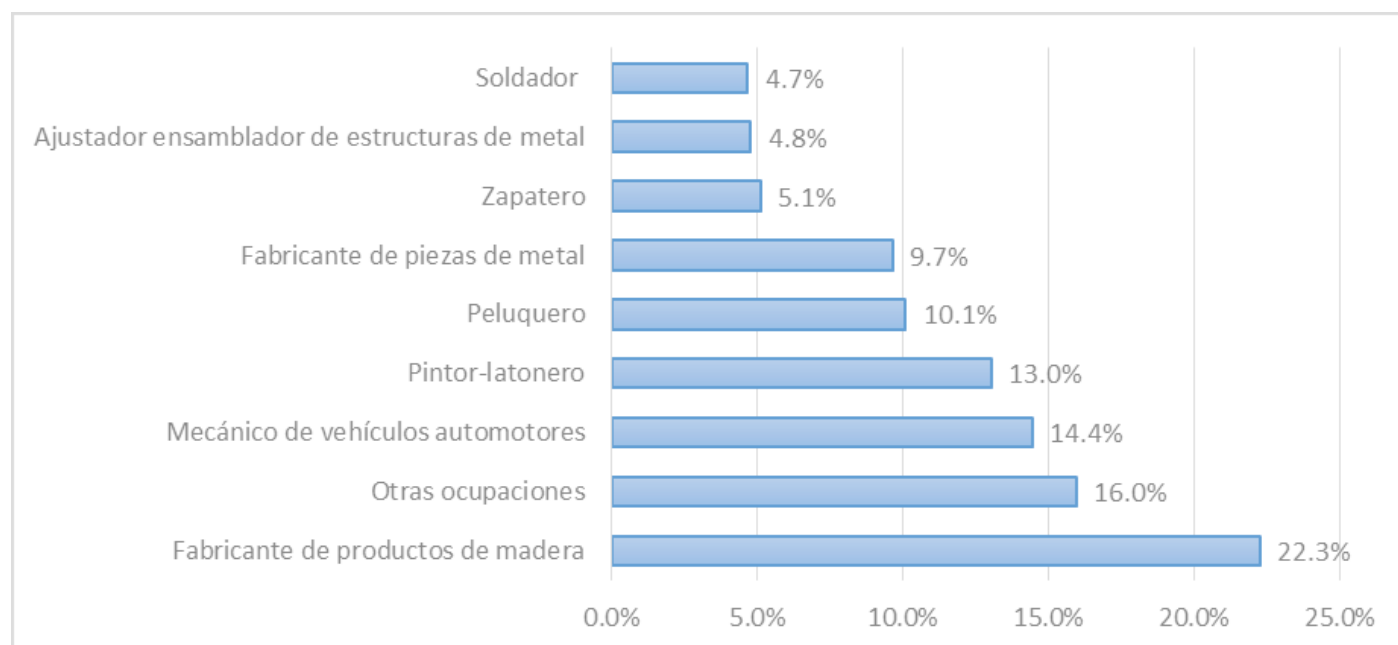
En relación con este tipo de contaminantes, en el periodo comprendido entre los meses de abril y octubre de 2017, se realizó el análisis de exposición a 921 trabajadores de las actividades económicas priorizadas; las distribución de trabajadores de acuerdo con el tipo de ocupación se presentan en la siguiente tabla.

El 84,0 % de los trabajadores evaluados están conformados por los oficios relacionados con la pintura y latonería, la soldadura, la remonta y fabricación de calzado, los trabajadores de las salas de belleza, los fabricantes de productos de madera, los fabricantes de piezas metálicas, los ajustadores y ensambladores de estructuras metálicas y los mecánicos de vehículos de motor. Los demás oficios corresponden a aquellos con menor número de trabajadores que los desempeñan, como son: los vendedores de mostrador, los mecánicos reparadores, tapiceros, impresores, fabricantes de productos de barro, cerámica y arcilla y los fabricantes de productos de cuero, entre otros.

En relación con el tipo de sustancias a las que se encuentran expuestos, se encuentra que sustancias inflamables como el thinner, la pintura inflamable y el varsol son los agentes químicos de mayor empleo en trabajadores del sector informal. Lo anterior es coherente

con distribución de oficios, teniendo en cuenta que dentro de las ocupaciones más usuales se encuentran fabricante de productos de madera, mecánico de vehículo automotriz y fabricante de productos de metal; todas usuarias de pinturas y disolventes de tipo orgánico.

Gráfico 65. Distribución de la población abordada por análisis de exposición a contaminantes químicos. Bogotá, D. C., abril a octubre de 2017



Fuente: Base de Datos SIVISTRA. Enero a octubre de 2017.

Las pinturas generalmente están compuestas por un líquido volátil (disolvente o resinas) y un sólido (pigmento). Por su parte los disolventes son un conjunto de sustancias derivadas del petróleo u obtenidas por síntesis química. Estos se emplean para el desengrase de las estructuras antes de la aplicación de la pintura, para la mezcla o disolución de ésta en caso de que se requiera y para la limpieza de los equipos. Los revestimientos pueden aplicarse con pulverizador, brocha, rodillo, por inmersión o con pistola a través de la cual se propulsa la pintura mediante aire comprimido suministrado por un compresor, generando una fuerte exposición a los componentes volátiles de este tipo de productos.

Las pinturas de tipo inflamable además contienen metales pesados como el cadmio, cromo y plomo. Los compuestos de metales pesados que más comúnmente se añaden a las pinturas son los pigmentos, los cuales se emplean para colorear la pintura, añadirle opacidad y para proteger tanto a la pintura como a la superficie a la cual se aplica contra la exposición a la luz solar. En ocasiones se utilizan sólo pigmentos a base de plomo y en otras, se combinan con diferentes metales pesados.

Tabla 50. Distribución de la población abordada según tipo de sustancias químicas presentes en el sitio de trabajo. Bogotá, D. C., abril a octubre de 2017

Tipo de Sustancia	N° trabajadores expuestos	Tipo de Sustancia	N° trabajadores expuestos
Thinner	593	Alcoholes (etílico, isopropílico, propílico, etc.)	104
Pintura inflamable	537	Tintas de impresión inflamable	95
Otros	364	Bases inorgánicas (hidróxidos, hipocloritos, amoníaco)	94
Varsol	291	Adhesivos base de agua	92
Adhesivos inflamables	259	A.C.P.M.	91
Gasolina	250	Pintura base de agua	56
Polvo de madera	226	Piezas de fricción con asbesto	44
Humos metálicos	226	Tintas de impresión base de agua	35
Polvos metálicos	149	Sílice	26
Humos no metálicos	137	Ácidos inorgánicos (clorhídrico, sulfúrico, nítrico etc.)	25

Fuente: Base de Datos SIVISTRA. Enero a octubre de 2017.

De otra parte, sustancias como el formaldehído, la acetona, el glutaraldehído y el removedor, hacen parte de productos empleados en salas de belleza en donde la exposición de los peluqueros y estilistas es constante y elevada debido a la alta demanda de procedimientos, y a la baja conciencia que existe acerca de los riesgos inherentes a los productos químicos y controles para evitar exposiciones que perjudiquen la salud de los empleados.

En cuanto a las medidas de intervención, se observó que las de mayor cumplimiento son aquellas de más fácil implementación como mantener las puertas abiertas, contar con un suministro de agua, mantener los recipientes tapados, asignar áreas de almacenamiento ventiladas y emplear elementos de protección personal comunes tales como overol y botas de seguridad.

Dentro de las medidas de intervención de menor cumplimiento, se identifican principalmente las relacionadas con un sistema de extracción localizado; esta situación obedece probablemente a los costos que significan la implementación de este tipo de medidas y las dificultades relativas a las adecuaciones físicas y de infraestructura de los espacios de trabajo, muchos de los cuales no son propiedad de los trabajadores.

Algunas de las sustancias químicas presentes en los sitios de trabajo, tienen niveles de consecuencia elevados; sin embargo, más allá del nivel de consecuencia, los tiempos de exposición y las medidas de control, determinan en alto grado, la presencia o no, de efectos en la salud.

Exposiciones repetitivas y duraderas a un contaminante pueden generar efectos crónicos derivados de la capacidad del organismo de metabolizar o eliminar los agentes químicos o sus subproductos derivados de una transformación biológica. Sin embargo, el tiempo de exposición acumulado para una persona a un cierto contaminante es uno de los factores que más relevancia tienen al momento de configurarse una enfermedad. Por lo anterior, la determinación del tiempo de exposición para un trabajador, es esencial para establecer una asociación directa entre el desarrollo de una enfermedad y su ocupación.

Adicionalmente, la acumulación de sustancias peligrosas en el organismo prolonga los efectos tóxicos aún después de suspender la exposición; por tanto, trabajadores que estuvieron anteriormente expuestos a sustancias peligrosas asociadas a efectos crónicos requieren una vigilancia permanente de su estado de salud.

En síntesis, y a manera de conclusión, pese a que el sector informal de la economía juega un papel importante en la sociedad, este papel no ha sido reconocido en su justa dimensión, lo que se evidencia en el lento desarrollo de una política social orientada a evaluar y abordar la problemática social generada por las condiciones de trabajo informal y determinada, de manera global, por las inequidades existentes y la falta de oportunidades.

Su importancia en el mercado se manifiesta en que, de una parte, la actividad informal aporta a la generación de otros empleos y proporciona un mínimo de medios para subsistir, aspecto que, de otro modo no sería posible y que, finalmente, se constituyen en un efecto de contención que contribuye a mantener el orden social y político de una región.

De otra parte, los bienes y servicios suministrados por los trabajadores del sector informal reducen no solo los costos de consumo de los trabajadores que trabajan en la economía formal sino los costos de producción y distribución de las empresas formales, contribuyendo de este modo a su viabilidad (Portes y Walton, 1981).

Visto de esta forma, la economía informal no es tanto un problema para el Estado y la sociedad, como sí lo es para misma la población trabajadora del sector, en la medida en que ésta se encuentra expuesta a una diversidad de factores de riesgo laborales, sociales, económicos y culturales.

La población trabajadora del sector informal se caracteriza por su gran heterogeneidad, la cual está expresada en aspectos tales como los ingresos, situación en el empleo, sector (comercio, agricultura, industria), tipo de empresas y tamaño de las mismas, ubicación geográfica, acceso a protección social (cotizaciones a la seguridad social), y protección del empleo (tipo y duración del contrato, derecho a vacaciones anuales).

Pese a que las condiciones de trabajo difieren entre una y otra actividad, es evidente la exposición a importantes condiciones de riesgo que, por barreras culturales, económicas o sociales no son intervenidas oportunamente y que permiten prever una mayor prevalencia de enfermedades crónicas que significan altos costos humanos, sociales y económicos para el individuo y para la sociedad.

2.3.1.3. Factores conductuales, psicológicos y culturales

2.3.1.3.1. Consumo de bebidas alcohólicas

El 89.5 % de las personas declara haber consumido alcohol al menos alguna vez en su vida, siendo mayor el consumo entre los hombres que entre las mujeres (91.6 % y 87.5 % respectivamente). El porcentaje de personas que consumieron durante el último año desciende al 64.7 % y la distancia entre sexos se acentúa. El consumo actual o del último mes tiene una prevalencia del 36.5 % y la diferencia entre sexos se mantiene en alrededor de 19 puntos de porcentaje. En los análisis que continúan se emplearán las prevalencias de año y del último mes. Por otra parte, entre aquellas personas que no habían consumido alcohol, un 36 % lo hizo por primera vez durante el año previo al estudio y un 11.5 % en el mes anterior al estudio. En términos relativos, los nuevos consumidores son también más hombres que mujeres.

Tabla 51. Indicadores de consumo de alcohol según sexo

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombres	91,61	74,58	46,49	42,21	19,2
Mujeres	87,54	55,92	27,49	31,53	6,11
Total	89,46	64,74	36,47	35,98	11,51

Fuente: Segundo estudio distrital de consumo de spa – ODISPA.

En términos de la edad, la mayor tasa de uso actual de alcohol, del 50.7 %, se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años, seguido por los jóvenes de 25 a 34 años, con una tasa del 45.9 %; entre ambos grupos representan a un poco más de un millón de

jóvenes. En el grupo etario siguiente, desciende al 40.2 %. Los adolescentes y adultos mayores son los grupos que tienen significativamente el menor consumo de alcohol, con tasas del 13.7 % y 28.8 %, respectivamente.

Tabla 52. Estimaciones e intervalos de confianza (I. de C.) del 95 % para prevalencia último mes de consumo de alcohol según grupos de edad (años)

Grupos de edad	Prevalencia	Intervalo de Confianza	
12 a 17	13,66	7,95	19,38
18 a 24	50,71	43,89	57,53
25 a 34	45,93	40,15	51,7
35 a 44	40,17	33,20	47,14
45 a 65	28,81	24,64	32,99
Total	36,47	33,16	39,78

Fuente: Segundo estudio distrital de consumo de spa – ODISPA

La edad de inicio del consumo de alcohol promedio se ubica en los 17 años, un año menos entre los hombres y uno más entre las mujeres. El 50 % de la población probó por primera vez alcohol a los 16 años o menos, un 25 % lo hizo a los 15 años y un 25 %, a los 18 años o más. En todos los valores, las mujeres siempre se encuentran uno o dos años detrás del inicio del consumo de los hombres.

Tabla 53. Edad de inicio del consumo de alcohol según sexo

Sexo	Promedio	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Hombres	15,9	16	14	18
Mujeres	17,9	17	15	20
Total	17	16	15	18

Fuente: Segundo estudio distrital de consumo de spa – ODISPA

En la tabla 54, observa que casi 2 de cada 3 (63,4 %) de los escolares de Colombia representados en este estudio, declaran haber consumido alguna bebida alcohólica en su vida. Tales bebidas alcohólicas son vino, cerveza, aguardiente, ron, whisky u otras.

Por otra parte, un 56,7 % declara haber consumido durante el último año y casi un 40 % lo hizo el último mes. En todas las situaciones no se observan diferencias entre estudiantes hombres y mujeres. Es importante destacar que entre los estudiantes que nunca habían consumido alcohol, un 39,3 % lo hizo por primera vez el último año antes del estudio, también con resultados muy similares por sexo.

Finalmente, más de 400 mil personas presentan un uso de alcohol que puede ser considerado riesgoso o perjudicial, superior en hombres tres veces en relación con las mujeres. Representan el 7.5 % de la población total bajo análisis de Bogotá, D. C., el 12.1 % de los hombres y el 3.4 % de las mujeres.

Tabla 54. Prevalencias de consumo de alcohol en escolares – año 2011

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombres	63,81	56,67	40,13	38,61	9,06
Mujeres	62,98	56,75	39,52	39,85	8,62
Total	63,38	56,71	38,81	39,26	8,83

Fuente: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar

De acuerdo a la Tabla 55 un 7 % de los escolares de Colombia declararon haber fumado marihuana alguna vez en su vida, es decir 1 de cada 14 escolares, con diferencias significativas entre hombres (8,6 %) y mujeres (5,5 %).

Tabla 55. Prevalencias de consumo de Marihuana en escolares – año 2011

Sexo	Prevalencia %			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombres	8,6	6,53	3,6	3,67	0,47
Mujeres	5,54	4,02	2,11	2,79	0,44
Total	7,01	5,22	2,83	3,21	0,46

Fuente: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar

De acuerdo a la Tabla 56 se presentan los resultados para los principales indicadores de consumo de sustancias ilícitas en general, según sexo y para el total. De la tabla se desprende que un 12,1 % de los estudiantes de Colombia declaran haber consumido al menos una de las sustancias descritas anteriormente, con un 14 % entre los hombres y un 10,3 % de las mujeres. Por otra parte, un 8,6 % declara haber usado alguna sustancia en el último año (10,3 % en los hombres y 7,1 % en las mujeres) y un 4,7 % las usó en el último mes.

Tabla 56. Prevalencias de consumo de cualquier sustancia ilícita en escolares – año 2011

Sexo	Prevalencia %			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombres	14	10,3	5,56	5,49	2,35
Mujeres	10,28	7,12	3,87	4,27	1,99
Total	12,6	8,65	4,66	4,85	2,16

Incluye las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, alucinógenos, popper, dick, solventes.

2.3.1.3.2. Consumo de tabaco o cigarrillo

De acuerdo con el segundo estudio distrital de consumo de sustancias psicoactivas, en Bogotá, D. C. un poco más de la mitad de la población fumó alguna vez en la vida, porcentaje que pierde casi 30 puntos cuando tiene como referencia el último año y alcanza al 16.2 % en el último mes, o tasa de fumadores actuales.

Este descenso en las prevalencias de vida, año y mes indica un proceso de abandono del uso de tabaco en la población. La diferencia por sexos es importante en todos los indicadores de prevalencia y en el último mes, cuya brecha es de 16 puntos de porcentaje, mayor en los hombres. En ambos sexos la reducción de la prevalencia fue importante, superior al 60 %, aunque con niveles de inicio muy diferentes.

Las tasas de incidencia indican que los nuevos fumadores, o al menos los que iniciaron el consumo en el último mes y año, son en mayor medida hombres. La prevalencia de mes es el mejor indicador del nivel del consumo actual de tabaco en Bogotá y sobre la misma se analizan las demás variables de interés.

Los adolescentes presentan la tasa significativamente más baja de consumo actual de tabaco (5.1 %). A partir de esta edad el consumo alcanza prevalencias del 23 % en el grupo de 18 a 24 años, unos 212 mil jóvenes, para luego descender alrededor del 17 % en los otros grupos etarios.

Tabla 57. Indicadores de consumo de tabaco según sexo

Sexo	Prevalencia %			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombres	64,28	30,35	24,6	6,99	3,76
Mujeres	39,73	11,48	8,74	1,57	0,58
Total	51,33	20,39	16,24	3,52	1,71

Fuente: Segundo estudio distrital de consumo de spa - ODISPA

Tabla 58. Estimaciones e intervalos de confianza (I. de C.) del 95 % para la prevalencia último mes de consumo de tabaco, según grupos de edad (años)

Grupos de edad	Prevalencia	Intervalo de Confianza	
12 a 17	5,1	2,01	8,2
18 a 24	23,04	18,05	28,04
25 a 34	17,01	13,23	20,79
35 a 44	17,00	12,57	21,43
45 a 65	16,19	12,4	19,97
Total	16,24	14,27	18,21

Fuente: Segundo estudio distrital de consumo de spa - ODISPA

Una variable de gran importancia y uno de los componentes del patrón de consumo es la edad de inicio o edad en la que por primera vez consumió o fumó. En la tabla 9 se presentan los indicadores estadísticos sobre este indicador y muestra que el promedio se ubica en los 16.8 años, a nivel general y para hombres en 16.3 años, en tanto que las mujeres iniciaron un año más tarde. Y el 50 % de la población lo hizo en estas edades; por otra parte, el 25 % inició el consumo a los 14 años o antes (percentil 25 %) y otro 25 % lo inició a los 18 años o después de esa edad (percentil 75 %).

Tabla 59. Edad de inicio de consumo de tabaco según sexo

Sexo	Promedio	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Hombres	64,28	30,35	24,6	6,99
Mujeres	39,73	11,48	8,74	1,57
Total	51,33	20,39	16,24	3,52

Fuente: Segundo estudio distrital de consumo de spa – ODISPA

2.3.1.3.3. Violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer

Los datos presentados en la siguiente tabla están referidos a mujeres víctimas de violencia captadas a través del subsistema SIVIM para los períodos anuales comprendidos entre 2012 y 2016. Los porcentajes consignados corresponden a los casos efectivos o intervenidos, con respecto al total captado, durante los mismos periodos anuales correspondientes. El cálculo de las proporciones excluyó los casos fallidos y no residentes en la ciudad de Bogotá, D. C

Tabla 60. Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual o maltrato infantil captadas a través de subsistema SIVIM, años 2012 – 2016

2012	2013	2014	2015	2016
Casos: 15.795 Mujeres (80,7 %)	Casos: 14.798 Mujeres (94,9 %)	Casos: 16.695 Mujeres (99,3 %)	Casos: 17.462 Mujeres (98,4 %)	Casos: 14.752 Mujeres (99,4 %)

Fuente: SIVIM – Secretaría Distrital de Salud

Considerando la valoración de los datos recabados durante los años 2015 y 2016 se pone en evidencia una tendencia que se mantiene para el período solicitado: la violencia ejercida contra la mujer presenta las mayores frecuencias con respecto a los hombres. De esta manera, se puede evidenciar para el último periodo anual que en los casos de violencia sexual, por cada hombre víctima de este tipo de violencia se registran seis casos de mujeres. Adicionalmente, es relevante mencionar que los segmentos de población más afectados suelen ser los niños, las niñas y los adolescentes.

Para los casos de violencia física la razón según sexo es de (3) a (1). En otras palabras por cada hombre víctima de violencia física se registran tres casos este tipo de violencia ejercida a las mujeres. Para los demás tipos de violencia son dos casos en mujeres por cada hombre

afectado. No obstante, en relación con la violencia sexual durante el último periodo anual se registran 5 casos en mujeres por cada hombre afectado,

Tabla 61. Distribución de casos de violencia intrafamiliar según tipo de violencia y sexo años 2008-2016*

Tipo de violencia	2008			2009			2010		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
1-Física	2222	5303	7525	2052	5158	7210	1803	4605	6408
2-Emocional	6480	12408	18888	6937	13222	20159	9125	16180	25305
3-Sexual	620	3155	3775	665	3314	3979	613	2945	3558
4-Económica	507	962	1469	438	951	1389	425	978	1403
5-Negligencia o descuido	3919	4787	8706	4779	5548	10327	5824	7037	12861
6-Abandono	802	974	1776	812	972	1784	1027	1159	2186
Total general	14550	27589	42139	15683	29165	44848	18817	32904	51721

Tipo de violencia	2011			2012			2013		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
1-Física	2147	5502	7649	2110	4506	6616	2290	5431	7721
2-Emocional	11535	21842	33377	10270	18544	28814	9765	19506	29271
3-Sexual	589	2691	3280	811	2751	3562	845	3489	4334
4-Económica	608	1283	1891	600	1258	1858	387	899	1286
5-Negligencia o descuido	7144	9789	16933	6066	8542	14608	5312	8339	13651
6-Abandono	1120	1284	2404	1015	1221	2236	868	1042	1910
Total general	23143	42391	65534	20872	36822	57694	19467	38706	58173

Tipo de violencia	2014			2015			2016		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
1-Física	2460	6576	9036	2453	7340	9793	1229	3824	5053
2-Emocional	10030	22789	32819	10364	24670	35034	6460	14669	21129
3-Sexual	791	4128	4919	762	4529	5291	528	2716	3244
4-Económica	581	1286	1867	656	1522	2178	440	1033	1473
5-Negligencia o descuido	5600	9570	15170	5950	10259	16209	4003	6080	10083
6-Abandono	897	1145	2042	1042	1471	2513	568	712	1280
Total general	20359	45494	65853	21227	49791	71018	13228	29034	42262

Fuente: SIVIM – Secretaría Distrital de Salud.

Tabla 62. Distribución de casos de violencia intrafamiliar según clasificación del caso, años 2012-2016*

Clasificación final del caso	2012	2013	2014	2015	2016
Caso descartado	535	0	0	0	25
Control	8461	9658	9357	8988	6.969
Prioritario	11722	11991	14897	16115	14.135
Total general	20718	21649	24254	25103	21.129

Fuente: SIVIM – Secretaría Distrital de Salud 2012 a 2016.

La siguiente tabla registra el número de casos prioritarios captados por el subsistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual, durante el periodo comprendido entre los años 2012 y 2016.

Es relevante mencionar que los casos prioritarios en el Distrito Capital están referidos a violencia sexual, casos reiterados de violencia intrafamiliar, violencia ejercida contra población desplazada o en situación de desplazamiento, gestantes víctimas de maltrato y todos aquellos casos que revisten riesgo vital.

2.3.1.4. Sistema Sanitario

2.3.1.4.1. Condiciones del sistema sanitario

Los valores de los indicadores en cobertura de afiliación al SGSSS y la vacunación con BCG para la ciudad de Bogotá D. C. son más favorables que los estimados para el país. Sin embargo, y aunque se presentó incremento en la vacunación con otros bilógicos, la ciudad no logro en anti polio y contra la triple viral, en el último año, coberturas útiles (tabla 63).

Tabla 63. Condiciones del sistema sanitario. Bogotá D. C. 2016

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Bogotá	Comportamiento													
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016			
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE 2005)	15,8	9,20														
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE 2005)	6,3	4,30														
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2016)	96,5	94,20														
(MSPS 2016)	88,3	106,80							-	-	↗	↗	↗	↘		
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	91,3	95,60	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘		
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	91,2	95,60	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗		
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	92,6	95,30	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘		
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE 2015)	87,89	90,20	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗				
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE 2015)	99,45	99,80	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘				
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE 2015)	99,97	99,90	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘				

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.3.1.4.2. Barreras de acceso

De acuerdo a las once primeras problemáticas en el acceso a los servicios de salud identificadas a través del SIPS (Sistema de información de participación social), el 41,5 % corres-

ponden a Dificultad accesibilidad administrativa, seguido con un 18,9 % a causa de aquellas identificadas como Inconsistencias en sistemas de información-aseguramiento, seguido del 17,0 % relacionadas con no oportunidad servicios. El 22,58 % corresponde a problemáticas con un menor índice a nivel distrital y las localidades con mayor número de problemáticas para este año son las de Usme con un 14,9 %, Suba con un 11,6 % y Ciudad Bolívar con un 11,4 %.

Tabla 64. Once primeras causas de barreras de acceso identificadas por localidad y registradas en el SIPS en el año 2015

PRINCIPALES PROBLEMATICAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD AÑO 2016												
Localidad	Atención deshumanizada	Dificultad accesibilidad administrativa	Dificultad Alto Costo	Dificultad Tutelas	Inconsistencias sistemas de información-aseguramiento	Incumplimiento Portabilidad Nacional	Negación Servicios	No oportunidad servicios	No Suministro Medicamentos	Presunto evento adverso (seguridad-pertinencia)	Problemas recursos económicos	Total general
Antonio Nariño	2	35	1	5	11		7	16	2		7	86
Barrios Unidos	2	19		1	6	2	1	5	3		8	47
Bosa	5	237	5	13	85	3	12	70	18	1	12	461
Chapinero	3	56	1	4	25	3	13	38	11		12	166
Ciudad Bolívar	12	529		21	157	5	24	138	85	2	41	1014
Engativá	19	223	6	10	136	5	51	109	33	3	129	724
Fontibón	22	524	5	14	50	2	22	57	17		19	732
Fuera de Bogotá		31	3	1	6		2	8	2		1	54
Kennedy	5	478	6	15	173	2	39	153	46	2	37	956
La Candelaria	5	41		2	8		11	5	2	1	3	78
Mártires	6	149	1	4	27	3	8	131	4	1	9	343
Puente Aranda	1	101	1	4	14		15	61	11		20	228
Rafael Uribe Uribe	11	167	3	27	102	3	16	81	26		11	447
San Cristobal	96	146	1	17	80	2	23	63	21	1	24	474
Santa fé	4	54	1	4	22	1	5	38	3	2	9	143
Suba	74	431	2	11	204	36	40	86	63	3	79	1029
Sumapaz		2		1	5			3	2		2	15
Teusaquillo	4	8		2	11			14	2	1	9	51
Tunjuelito	5	121		11	30	3	18	102	31	3	7	331
Usaquén	14	66	2	5	46	2	4	9	17	1	6	172
Usme	11	274	4	42	482	11	45	315	81	3	57	1325
No registra		2	1	3	2		1	6	1			16
Total general	301	3694	43	217	1682	83	357	1508	481	24	502	8892
Porcentajes	3,4	41,5	0,5	2,4	18,9	0,93	4,01	17,0	5,41	0,27	5,65	100,0

Fuente: SIDMA - SDS

2.3.1.4.3. Análisis de Oferta de Servicios

En Bogotá al corte del 31 de diciembre de 2016 se identificaron registrados un total de doce mil doscientos veintidós (12.222) prestadores de servicios de salud en el REPS, de los cuales la mayor representatividad la constituye los profesionales independientes con el 84,0 % (10.263 prestadores) y las instituciones prestadoras de servicios de salud con el 13,6 % (1659 prestadores) (ver tabla 65).

En el año 2015 fueron inscritos 11.520 prestadores de servicios de salud, lo que significa que frente a los 12.222 inscritos en el año 2016, el Distrito Capital en un año aumentó la oferta de prestadores en un 7 % (702 prestadores).

Tabla 65. Prestadores de servicios de salud de Bogotá D. C., según inscripción al REPS. a diciembre de 2016

Tipo de prestador	Cantidad	Porcentaje
Profesional Independiente	10.263	84,0%
IPS	1.659	13,6%
Objeto Social Diferente	267	2,2%
Transporte Especial	33	0,3%
Total general	12.222	13,6%

Fuente: REPS fecha de consulta mayo 5/2017

Según la naturaleza jurídica de los doce mil doscientos veintidós (12.222) prestadores de servicios de salud inscritos en Bogotá en el año 2016, se encuentran tres (3) prestadores de naturaleza mixta con el 0.03 % de representatividad, doce mil ciento ochenta y un (12.181) prestadores de naturaleza privada que consolidan el 99.66 % y treinta y ocho (38) prestadores de naturaleza pública con una representatividad del 0.31 % (ver tabla 66).

Tabla 66. Prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C., según naturaleza jurídica. a diciembre de 2016

Tipo de prestador	Naturaleza jurídica	Total	Porcentaje
IPS	Mixta	2	0,1%
	Privada	1.648	99,3%
	Pública	9	0,5%
		1.659	100%
Objeto social diferente	Mixta	1	0,4%
	Privada	237	88,8%
	Pública	29	10,9%
		267	100%
Profesional independiente	Privada	10.263	100%
Transporte especial	Privada	33	100%
Total general		12.222	

Fuente: REPS fecha de consulta mayo 5/2017

Comparando los datos del diagnóstico de la oferta del año 2015 con los datos del año 2016, respecto al tipo de prestadores inscritos y su naturaleza jurídica se identificó disminución en el número de prestadores tipo IPS (0.54 %) y en prestadores de tipo transporte especial (13.16 %). Por el contrario, se identificó aumento en el número de prestadores de tipo objeto social diferente (9 %) y en prestadores de tipo profesional independiente (7.25 %).

Si bien en el año 2016 el número de prestadores tipo IPS disminuyó frente a los inscritos en el año 2015, es importante señalar que al desagregar este dato por naturaleza jurídica, las IPS de naturaleza mixta mantuvieron su oferta en dos (2) IPS y las IPS de naturaleza privada aumentaron en nueve (9) IPS la oferta para la ciudad. El mayor diferencial lo conforma la disminución de IPS de naturaleza pública (18 IPS menos que en el año 2015), relacionado con el rediseño y reorganización de la red pública de servicios de salud que el Distrito Capital implementó en el año 2016 dentro del marco del programa de reorganización, rediseño y modernización de redes de prestación de servicios de salud que el Ministerio de la Protección Social estipuló en cumplimiento de la Ley 715 del 2001 y del artículo 33 de la Ley 1151 de 2007.

En lo que refiere a servicios de salud los doce mil doscientos veintidós (12.222) prestadores inscritos registraron en el REPS un total de cuarenta y cinco mil doscientos treinta y cinco (45.235) servicios, de los cuales, el 54 % son ofertados por instituciones prestadoras de servicios de salud (24.422), el 43.1 % (19.475) son ofertados por profesionales independientes y el 2.9 % son ofertados por instituciones con objeto social independiente y transporte especial (ver tabla 67).

Tabla 67. Servicios de salud de Bogotá D. C., según inscripción de prestadores al REPS, a diciembre de 2016

Tipo de prestador	Cantidad	Porcentaje
IPS	24.422	54,0%
Objeto social diferente	1.289	2,8%
Profesional independiente	19.475	43,1%
Transporte especial	49	0,1%
Total general	45.235	100%

Fuente: REPS fecha de consulta mayo 5/2017

Contrastando los años 2015 y 2016, se encuentra que la oferta de servicios de salud de Bogotá aumentó en un 6 % (2404 servicios más) en el año 2016, manteniéndose concentrada la oferta a través de prestadores tipo IPS y profesional independiente.

2.3.1.4.4. Infraestructura

En este numeral analizaremos desde la naturaleza jurídica del prestador, la capacidad instalada de la oferta de servicios de ambulancia, apoyo terapéutico, camas y salas en Bogotá, y su distribución por cada una de las zonas de servicios de Salud.

La tabla 68, ilustra que la ciudad de Bogotá a diciembre 31 de 2016 contó con la oferta de 17.111 servicios, de los cuales el 72.18 % (12.351) correspondió a prestadores de naturaleza privada, el 20.42 % (3.493) a prestadores de la red pública distrital y el 7.40 % (1.267) a otros prestadores de naturaleza pública no perteneciente a la red distrital. En comparación a la capacidad instalada del año 2015, se identifica en el año 2016 un aumento del 11 % en el número de servicios para la ciudad (pasando de 15396 a 17.111 servicios).

Tabla 68. Capacidad instalada de la oferta de servicios de salud en el D. C., según naturaleza jurídica del prestador a 2016

Zona	Grupo Capacidad	Mixta		Privada		Otro Públicos		Red Pública Distrital		Total General	
		2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Centro Oriente	Ambulancias	0	0	52	6	1	0	34	31	87	37
	Apoyo terapéutico	0	0	147	191	11	47	0	0	158	238
	Camas	0	0	2.432	2.044	387	191	1.045	1.022	3.864	3.257
	Salas	0	0	85	82	19	1	20	33	124	116
Norte	Ambulancias	0	0	305	143	10	6	25	23	340	172
	Apoyo terapéutico	0	0	317	477	0	0	0	0	317	477
	Camas	0	0	5.571	5.324	748	748	846	918	7.165	6.990
	Salas	0	0	414	439	32	31	26	49	472	519
Sur	Ambulancias	0	0	0	0	0	0	44	36	44	36
	Apoyo terapéutico	0	0	0	0	0	0	0	32	0	32
	Camas	0	0	0	0	0	0	680	658	680	658
	Salas	0	0	0	0	0	0	20	37	20	37
Sur Occidente	Ambulancias	0	0	117	33	0	0	33	29	150	62
	Apoyo terapéutico	0	0	98	70	0	0	47	47	145	117
	Camas	0	0	937	819	0	0	548	544	1485	1363
	Salas	0	0	35	34	0	0	16	34	51	68
Sin Ubicación	Ambulancias	0	0	63	324	0	3	0	0	63	327
	Apoyo terapéutico	0	0	0	304	0	11	0	0	0	315
	Camas	0	0	196	1.815	0	208	0	0	196	2.023
	Salas	0	0	35	246	0	21	0	0	35	267
Total General		0	0	10.804	12.351	1.208	1.267	3.384	3.493	15.396	17.111

Fuente: REPS. Fecha de consulta: mayo 5/2017.

Con relación a la distribución de estos servicios en las zonas geográficas de la ciudad, se tiene que el 47.68 % de ellos se hallan dispuestos en la zona norte, el 21.32 % en la zona centro oriente, el 9.40 % en la zona suroccidente y el 4.42% en la zona sur. El 17 % de estos servicios inscritos en el REPS se encuentran en la categoría sin ubicación que hace no posible su territorialización.

2.4 Ambulancias

Conforme se encuentra consolidada la información en la tabla 69, a diciembre de 2016 el Distrito Capital contó con la oferta de 634 ambulancias, evidenciándose una disminución de 50 ambulancias frente al número del total ofertadas en el año 2015. Sin embargo, durante todo el periodo de medición (2010-2016) se identifica un incremento total de 33 % (De 478 en el 2010 a 634 en el 2016). De las 634 ambulancias disponibles la mayor representatividad la constituye las ambulancias de naturaleza privada (506 ambulancias que representan el 80 %). Las ambulancias de naturaleza pública de Hospitales del Distrito (119 ambulancias) constituyen el 19 % de la oferta y el restante 1 % se encuentra distribuido entre ambulancias de naturaleza pública de otras entidades y ESE del orden nacional.

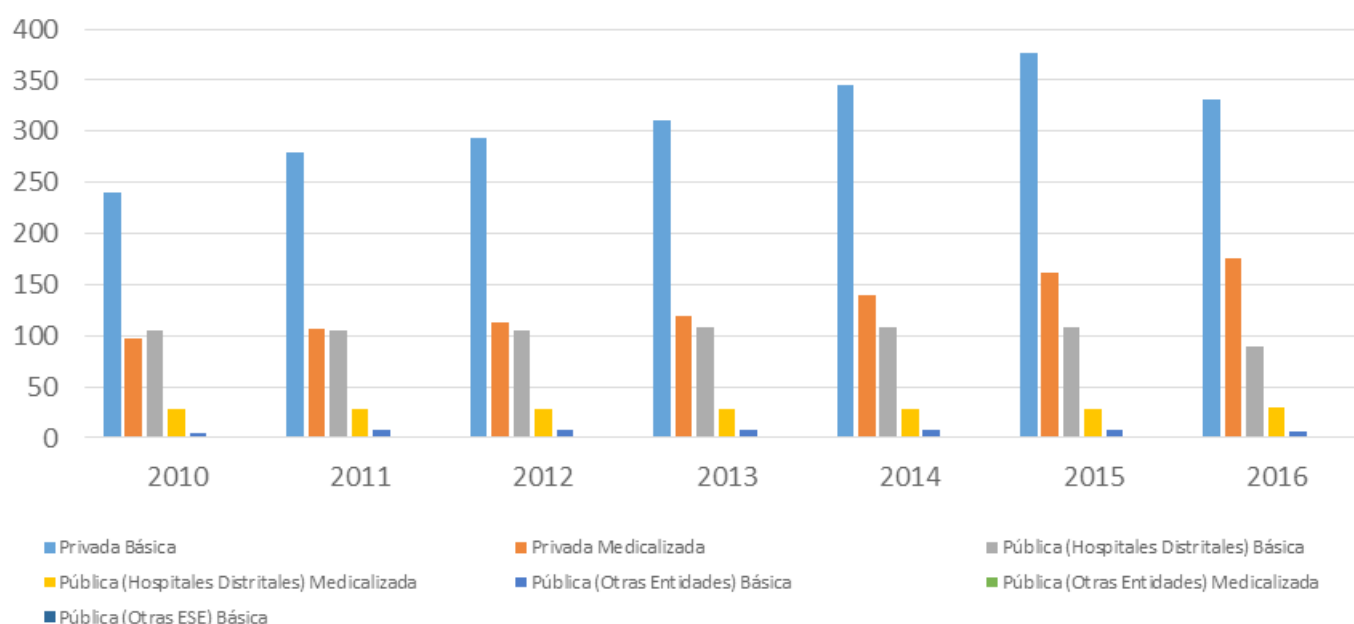
Tabla 69. Distribución de Ambulancias por Naturaleza Jurídica, Bogotá D. C.

Tipo Naturaleza	Tipo Capacidad Instalada	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Privada	Básica	240	279	293	311	346	376	331
	Medicalizada	97	107	113	120	139	161	175
Total Privada		337	386	406	431	485	537	506
Pública (Hospitales Distritales)	Básica	105	105	105	108	108	108	90
	Medicalizada	28	28	28	28	28	28	29
Total Pública (Hospitales Distritales)		133	133	133	136	136	136	119
Públicas (Otras Entidades)	Básica	5	8	8	8	8	8	7
	Medicalizada	2	2	2	2	2	2	1
Total Públicas (Otras Entidades)		7	10	10	10	10	10	8
Pública (Otras ESE)	Básica	1	1	1	1	1	1	1
Total Públicas (Otras ESE)		1	1	1	1	1	1	1
Total General		478	530	550	578	632	684	634

Fuente: REPS -Ministerio de Salud. Fecha de consulta: mayo 5/2017.

Frente a la tendencia de la oferta, la gráfica 66, ilustra para la red privada una tendencia positiva en el número de ambulancias básicas hasta el año 2015, y un leve descenso en el año 2016 (12 %). Con relación a ambulancias medicalizadas la tendencia es positiva durante los seis años de medición (aumento del 8 % entre el año 2015 y 2016).

Gráfico 66. Oferta de ambulancias Bogotá D. C., 2010-2016 según naturaleza jurídica



Fuente: REPS. Fecha de consulta: mayo 5/2017.

En lo que refiere a las ambulancias de naturaleza pública de Hospitales del Distrito, la tendencia en el número de ambulancias básicas y medicalizadas ofertadas es la misma identificada para aquellas de naturaleza privada, es decir una tendencia positiva de las básicas hasta el 2015 con un leve descenso en el 2016 (17 % de disminución), y una tendencia estable en las ambulancias medicalizadas (única novedad en el periodo en el 2016 con aumento del 4 %).

Respecto la oferta de ambulancias de naturaleza pública de otros entes del orden nacional para el año 2016 se presenta una reducción en la oferta tanto para básicas como medicalizadas con disminución del 12.5 % y 50 % respectivamente.

Por su parte la red pública de otras ESE del orden nacional, ha mantenido en uno (1) el número de ambulancias ofertadas durante todo el periodo de medición y no cuenta con ambulancias medicalizadas.

2.5 Apoyo Terapéutico

Conforme se encuentra consolidada la información en la tabla 70, a diciembre de 2016 el Distrito Capital contó con la oferta de 1 179 sillas para apoyo terapéutico, de las cuales el 67 % son sillas de hemodiálisis (785) y el 33 % corresponden a sillas de quimioterapia (394); evidenciándose un aumento del 61 % comparado con la capacidad instalada al inicio de la medición (732 sillas en el año 2010). El mayor incremento se presenta entre el año 2017 y 2015, en donde el número de sillas pasa de 983 a 1 100, número que constituye un incremento del 11 % en la transición de estos dos años. De las 1 179 sillas de hemodiálisis y quimioterapia disponibles la mayor representatividad la constituyen las sillas de naturaleza privada (1042 sillas que representan el 88 %). Las sillas de naturaleza pública de Hospitales del Distrito (79 sillas) constituyen el 7 % de la capacidad instalada y el restante 5 % (58 sillas) corresponde a oferta de ESE de naturaleza pública del orden nacional.

Tabla 70. Distribución de la capacidad instalada para apoyo terapéutico en Bogotá D. C., según naturaleza jurídica

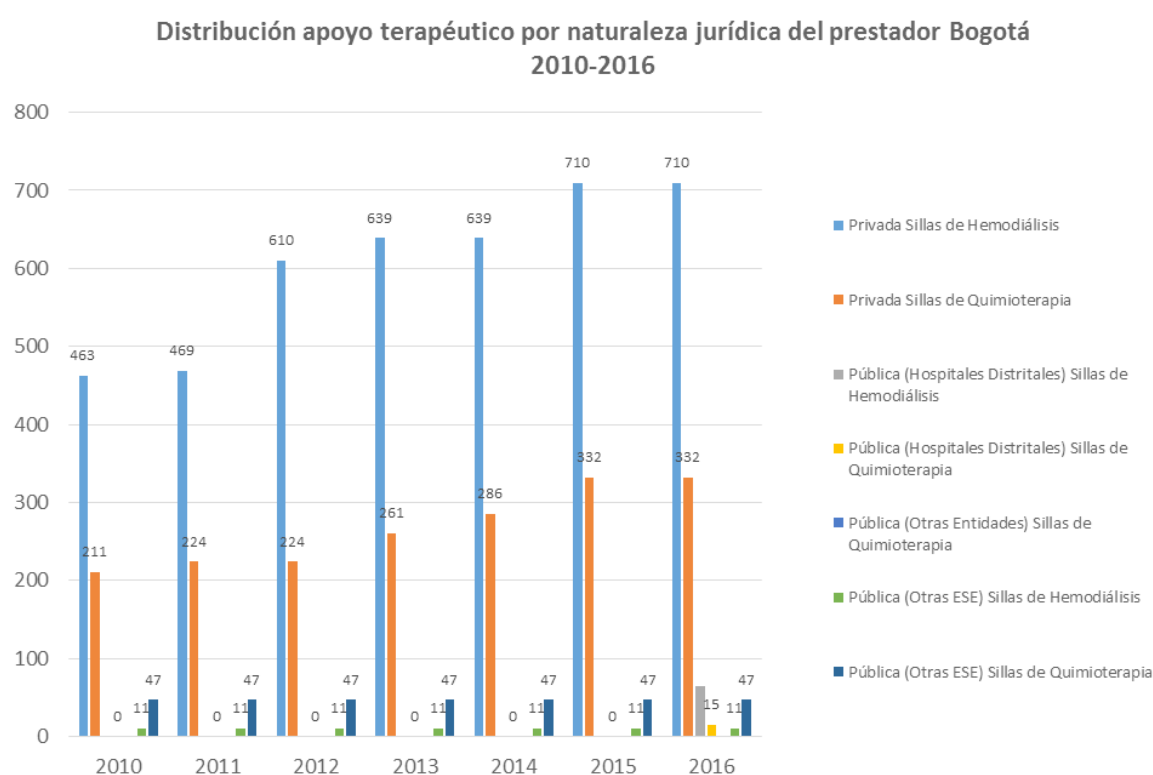
Tipo Naturaleza	Tipo Capacidad Instalada	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Privada	Sillas de Hemodiálisis	463	469	610	639	639	710	710
	Sillas de Quimioterapia	211	224	224	261	286	332	332
Total Privada		674	693	834	900	925	1042	1042
Pública (Hospitales Distritales)	Sillas de Hemodiálisis	0	0	0	0	0	0	64
	Sillas de Quimioterapia	0	0	0	0	0	0	15
Total Pública (Hospitales Distritales)		0	0	0	0	0	0	79
Públicas (Otras Entidades)	Sillas de Quimioterapia	0	0	0	0	0	0	0
Total Públicas (Otras Entidades)		0	0	0	0	0	0	0
Pública (Otras ESE)	Sillas de Hemodiálisis	11	11	11	11	11	11	11
	Sillas de Quimioterapia	47	47	47	47	47	47	47
Total Públicas (Otras ESE)		58	58	58	58	58	58	58
Total General		732	751	892	958	983	1100	1179

Fuente: REPS -Ministerio de Salud. Fecha de consulta: mayo 5/2017

Frente a la tendencia de la oferta, la gráfica 67 ilustra para la red privada una tendencia positiva en el número de sillas de hemodiálisis y quimioterapia, aumento que tuvo mayor incidencia en el año 2015 y se mantuvo sin modificación en el 2016.

En lo que refiere al registro actualizado al 2016 de las sillas de hemodiálisis y quimioterapia de naturaleza pública de Hospitales del Distrito, es importante señalar en virtud de lo dispuesto por el Acuerdo 641 de 2016 "Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital" se reestructuran las Empresas Sociales del Estado en cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud, desapareciendo la antigua razón social de las ESE, e incorporándose al REPS como prestadores a las Subredes Integradas de Servicios de Salud. Es así como para el año 2016 ingresa el registro en el REPS de apoyo terapéutico con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, registro que da cuenta de la existencia de 64 sillas de hemodiálisis y 15 sillas de quimioterapia.

Gráfico 67. Distribución de la oferta de apoyo terapéutico Bogotá D. C., 2016 según naturaleza jurídica del prestador



Fuente REPS- Fecha de consulta: mayo 5/2017

Por su parte la red pública de otras ESE del orden nacional, han mantenido desde el año 2010 y hasta el 31 de diciembre de 2016, la misma capacidad instalada para apoyo terapéutico (58 sillas).

2.5.1.4.1. Servicios habilitados en las IPS

En este ítem se presenta información sobre especialidades de salud consideradas como básicas: Anestesia, Ginecoobstetricia, Medicina Interna, cirugía general y Pediatría.

Tabla 71. Especialidades básicas habilitadas en Bogotá D. C., 2016

Servicio	Privada	Pública	Total
Anestesia	260	20	280
Gineco obstetricia	611	34	645
Medicina interna	577	29	606
Cirugía general	96	18	114
Pediatría	603	27	630
Total	2147	128	2275

Fuente: REPS (fecha de consulta mayo 5/2017)

El 94.37 % de estos servicios son de carácter privado y solo un 5.63 % pertenecen al sector público. En este orden, a través de la red privada se ofertan el 92.86 % de servicios de anestesia, el 94.73 % de servicios de ginecoobstetricia, el 95.21 % de servicios de medicina interna, el 84.21 % de servicios de cirugía general y el 95.71 % de servicios de pediatría. Con relación a la ubicación territorial de los mismos, la tabla 72 ilustra la distribución entre las localidades de la ciudad.

Lo anterior permite inferir que el 57,342 % de la oferta de especialidades básicas se encuentra distribuida entre las localidades de Usaquén (22,28 %), Chapinero, (21,97 %), Teusaquillo (8,52 %) y Suba (4,57 %). Las localidades donde existe la menor oferta de estos servicios básicos especializados son Antonio Nariño (0.01 %) y Usme (0.13 %). El análisis del 2016 muestra que en las localidades de Sumapaz y Candelaria no se ofertan servicios básicos especializados.

Tabla 72. Especialidades básicas habilitadas por localidad de Bogotá D.C., 2016

LOCALIDAD	Privada	Pública	Total general	LOCALIDAD	Privada	Pública	Total general
ANTONIO NARIÑO				PUENTE ARANDA			
203-CIRUGÍA GENERAL	1	1	2	301-ANESTESIA	2		2
301-ANESTESIA	1		1	320-GINECOBSTERICIA	5		5
320-GINECOBSTERICIA	6		6	329-MEDICINA INTERNA	7		7
329-MEDICINA INTERNA	5		5	342-PEDIATRÍA	6		6
342-PEDIATRÍA	8	1	9	Total PUENTE ARANDA	20		20
Total ANTONIO NARIÑO	21	2	23	RAFAEL URIBE			
BARRIOS UNIDOS				203-CIRUGÍA GENERAL	1		1
203-CIRUGÍA GENERAL	4		4	301-ANESTESIA	2		2
301-ANESTESIA	5		5	320-GINECOBSTERICIA	9	1	10
320-GINECOBSTERICIA	12		12	329-MEDICINA INTERNA	12	1	13
329-MEDICINA INTERNA	17	1	18	342-PEDIATRÍA	8		8
342-PEDIATRÍA	15		15	Total RAFAEL URIBE	32	2	34
Total BARRIOS UNIDOS	53	1	54	SAN CRISTÓBAL			
BOSA				203-CIRUGÍA GENERAL	1	2	3
203-CIRUGÍA GENERAL		1	1	301-ANESTESIA		5	5
301-ANESTESIA		1	1	320-GINECOBSTERICIA	2	5	7
320-GINECOBSTERICIA	4	3	7	329-MEDICINA INTERNA	1	4	5
329-MEDICINA INTERNA	3	2	5	342-PEDIATRÍA	2	5	7
342-PEDIATRÍA	3	1	4	Total SAN CRISTÓBAL	6	21	27
Total BOSA	10	8	18	SANTAFÉ			
CHAPINERO				203-CIRUGÍA GENERAL	1	1	2
203-CIRUGÍA GENERAL	13	1	14	301-ANESTESIA	1	2	3
301-ANESTESIA	36	1	37	320-GINECOBSTERICIA	1	1	2
320-GINECOBSTERICIA	183	1	184	329-MEDICINA INTERNA	2	1	3
329-MEDICINA INTERNA	127	1	128	342-PEDIATRÍA	3	2	5
342-PEDIATRÍA	136	1	137	Total SANTAFÉ	8	7	15
Total CHAPINERO	495	5	500	SUBA			
CIUDAD BOLÍVAR				203-CIRUGÍA GENERAL	7	1	8
203-CIRUGÍA GENERAL		1	1	301-ANESTESIA	15	1	16
301-ANESTESIA		1	1	320-GINECOBSTERICIA	22	2	24
320-GINECOBSTERICIA	2	2	4	329-MEDICINA INTERNA	26	3	29
329-MEDICINA INTERNA	2	3	5	342-PEDIATRÍA	25	2	27
342-PEDIATRÍA	2	2	4	Total SUBA	95	9	104
Total CIUDAD BOLÍVAR	6	9	15	TEUSAQUILLO			
ENGATIVÁ				203-CIRUGÍA GENERAL	14	1	15
203-CIRUGÍA GENERAL	1	1	2	301-ANESTESIA	42	1	43
301-ANESTESIA	1	1	2	320-GINECOBSTERICIA	50	2	52
320-GINECOBSTERICIA	11	3	14	329-MEDICINA INTERNA	52	2	54
329-MEDICINA INTERNA	13	1	14	342-PEDIATRÍA	29	1	30
342-PEDIATRÍA	14	1	15	Total TEUSAQUILLO	187	7	194
Total ENGATIVÁ	40	7	47	TUNJUELITO			
FONTIBÓN				203-CIRUGÍA GENERAL		3	3
203-CIRUGÍA GENERAL	2	1	3	301-ANESTESIA		3	3
301-ANESTESIA	3	1	4	320-GINECOBSTERICIA	4	3	7
320-GINECOBSTERICIA	8	1	9	329-MEDICINA INTERNA	3	3	6
329-MEDICINA INTERNA	8	2	10	342-PEDIATRÍA	6	3	9
342-PEDIATRÍA	9	2	11	Total TUNJUELITO	13	15	28
Total FONTIBÓN	30	7	37	USAQUÉN			
KENNEDY				203-CIRUGÍA GENERAL	18	1	19
203-CIRUGÍA GENERAL	5	1	6	301-ANESTESIA	51	1	52
301-ANESTESIA	5	1	6	320-GINECOBSTERICIA	124	3	127
320-GINECOBSTERICIA	17	2	19	329-MEDICINA INTERNA	136	1	137
329-MEDICINA INTERNA	12	1	13	342-PEDIATRÍA	170	2	172
342-PEDIATRÍA	19	1	20	Total USAQUÉN	499	8	507
Total KENNEDY	58	6	64	USME			
LOS MÁRTIRES				320-GINECOBSTERICIA	1		1
203-CIRUGÍA GENERAL	3		3	329-MEDICINA INTERNA	1		1
301-ANESTESIA	4		4	342-PEDIATRÍA	1		1
320-GINECOBSTERICIA	2		2	Total USME	3		3
329-MEDICINA INTERNA	2		2				
342-PEDIATRÍA	3		3				
Total LOS MÁRTIRES	14		14				

Fuente: REPS consulta mayo 5/2017.

2.5.1.4.2. Georreferenciación de la oferta de servicios y análisis

A través de los doce mil doscientos veintidós (12.222) prestadores registrados en el REPS con corte a diciembre 31 de 2016, se encuentran habilitados un total de cuarenta y cinco mil doscientos treinta y cinco (45.235) servicios de salud. La tabla 73, ilustra la distribución en el territorio de la oferta de servicios de salud, para el año 2016.

De la siguiente ilustración se desprende que:

- El 49 % de los servicios de salud habilitados se encuentran ubicados en la Zona Norte (22.427 servicios), el 10 % en la Zona Sur Occidente (4.664 servicios), el 8 % en la Zona Centro Oriente (3.567 servicios) y solo un 4 % de los servicios se prestan en la Zona Sur (1.731 servicios).
- La distribución en el territorio descrita en las cuatro zonas consolida el 72 % de la oferta de servicios de salud, toda vez que el restante 28 % lo constituyen el número de servicios habilitados en IPS sin ubicación (12.846 servicios) condición que no hace posible su georreferenciación.
- El 91 % de los servicios de salud habilitados son ofertados a través de la red de IPS de naturaleza privada, y el 8 % a través de la red de IPS de naturaleza pública.
- El comportamiento de la participación de la oferta de servicios de salud según la naturaleza del prestador para los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica fue del 90.79 % con la red privada, del 9.15 % con red pública y del 0.06 % con la red mixta.
- En lo que refiere a los servicios de consulta externa la participación de la oferta según la naturaleza del prestador fue del 95.22% con la red privada, del 4.74 % con red pública y del 0.03 % con la red mixta.
- Los servicios de internación mostraron una participación de la oferta del 68.08 % con la red privada y del 31.22 % con red pública.
- De otra parte, para los servicios de protección específica y detección temprana la participación de la oferta mostró el 64.33 % de estos servicios a través del sector privado y el 35.67 % a través del sector público.
- La participación de la oferta en los servicios quirúrgicos correspondieron en un 82.54 % con el sector privado y en un 17.46 % con el sector público.
- Los servicios de transporte asistencial fueron ofertados en un 76.16 % a través de prestadores privados y en un 23.84 % a través de prestadores públicos.

Tabla 73. Distribución de servicios de salud de Bogotá D.C., según naturaleza jurídica del prestador, a diciembre de 2016

ZONA	SERVICIO	MIXTA		PRIVADA		PÚBLICA		TOTAL
		Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	
CENTRO ORIENTE	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0	0,00%	496	1,20%	149	3,88%	645
	Consulta Externa	0	0,00%	1.482	3,58%	236	6,14%	1.718
	Internación	0	0,00%	43	0,10%	50	1,30%	93
	Otros Servicios	0	0,00%	12	0,03%	5	0,13%	17
	Procesos	0	0,00%	415	1,00%	27	0,70%	442
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0,00%	216	0,52%	227	5,91%	443
	Quirúrgicos	0	0,00%	118	0,29%	60	1,56%	178
	Transporte Asistencial	0	0,00%	3	0,01%	11	0,29%	14
	Urgencias	0	0,00%	6	0,01%	11	0,29%	17
	TOTAL CENTRO ORIENTE	0	0,00%	2.791	6,75%	776	20,19%	3.567
NORTE	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	5	31,25%	3.852	9,31%	170	4,42%	4.027
	Consulta Externa	8	50,00%	13.074	31,60%	336	8,74%	13.418
	Internación	0	0,00%	246	0,59%	59	1,54%	305
	Otros Servicios	1	6,25%	95	0,23%	3	0,08%	99
	Procesos	1	6,25%	2.453	5,93%	26	0,68%	2.480
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0,00%	947	2,29%	262	6,82%	1.209
	Quirúrgicos	0	0,00%	725	1,75%	83	2,16%	808
	Transporte Asistencial	0	0,00%	29	0,07%	9	0,23%	38
	Urgencias	0	0,00%	32	0,08%	11	0,29%	43
	TOTAL NORTE	15	93,75%	21.453	51,85%	959	24,95%	22.427
SUR	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0	0,00%	105	0,25%	174	4,53%	279
	Consulta Externa	0	0,00%	452	1,09%	245	6,38%	697
	Internación	0	0,00%		0,00%	42	1,09%	42
	Otros Servicios	0	0,00%		0,00%	7	0,18%	7
	Procesos	0	0,00%	200	0,48%	33	0,86%	233
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0,00%	110	0,27%	307	7,99%	417
	Quirúrgicos	0	0,00%		0,00%	34	0,88%	34
	Transporte Asistencial	0	0,00%		0,00%	10	0,26%	10
	Urgencias	0	0,00%		0,00%	12	0,31%	12
	TOTAL SUR	0	0,00%	867	2,10%	864	22,48%	1.731
SUR OCCIDENTE	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0	0,00%	724	1,75%	143	3,72%	867
	Consulta Externa	0	0,00%	2.022	4,89%	208	5,41%	2.230
	Internación	0	0,00%	24	0,06%	29	0,75%	53
	Otros Servicios	0	0,00%	24	0,06%	1	0,03%	25
	Procesos	0	0,00%	582	1,41%	35	0,91%	617
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0,00%	365	0,88%	383	9,97%	748
	Quirúrgicos	0	0,00%	59	0,14%	32	0,83%	91
	Transporte Asistencial	0	0,00%	10	0,02%	8	0,21%	18
	Urgencias	0	0,00%	6	0,01%	9	0,23%	15
	TOTAL SUR OCCIDENTE	0	0,00%	3.816	9,22%	848	22,07%	4.664
SIN UBICACIÓN	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0	0,00%	2015	4,87%	89	2,32%	2104
	Consulta Externa	1	6,25%	7.787	18,82%	211	5,49%	7.999
	Internación	0	0,00%	88	0,21%	8	0,21%	96
	Otros Servicios	0	0,00%	41	0,10%		0,00%	41
	Procesos	0	0,00%	1657	4,00%	25	0,65%	1682
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0,00%	544	1,31%	31	0,81%	575
	Quirúrgicos	0	0,00%	218	0,53%	28	0,73%	246
	Transporte Asistencial	0	0,00%	89	0,22%	3	0,08%	92
	Urgencias	0	0,00%	10	0,02%	1	0,03%	11
	TOTAL SIN UBICACIÓN	1	6,25%	12.449	30,09%	396	10,30%	12.846
TOTAL GENERAL		16	100,00%	41.376	100,00%	3.843	100,00%	45.235

Fuente: REPS. Fecha de consulta: mayo 5/2017

2.5.1.4.3. Georreferenciación de las sedes de prestadores de servicios de salud

En la tabla 74, se ilustra la distribución geográfica de la totalidad de sedes de prestadores de servicios de salud de Bogotá (14.593 sedes):

Tabla 74. Distribución de las sedes de los prestadores de servicios de salud de Bogotá D. C., por localidad. a diciembre de 2016

Localidad	Ips	Objeto social diferente	Profesional independiente	Transporte especial	Total general	Porcentaje
Usaquén	393	1	2.070	0	2.464	16.9%
Chapinero	398	2	2.396	0	2.796	19.2%
Santafé	69	0	137	0	206	1.4%
San Cristóbal	31	0	111	0	142	1.0%
Usme	23	0	60	0	83	0.6%
Tunjuelito	30	1	78	0	109	0.7%
Bosa	45	1	136	0	182	1.2%
Kennedy	137	2	375	0	514	3.5%
Fontibón	93	0	125	0	218	1.5%
Engativá	135	1	347	0	483	3.3%
Suba	229	0	427	0	656	4.5%
Barrios Unidos	138	3	144	0	285	2.0%
Teusaquillo	205	0	739	0	944	6.5%
Mártires	22	2	69	0	93	0.6%
Antonio Nariño	44	0	100	0	144	1.0%
Puente Aranda	55	0	153	0	208	1.4%
Candelaria	8	0	23	0	31	0.2%
Rafael Uribe	46	0	182	0	228	1.6%
Ciudad Bolívar	30	0	131	0	161	1.1%
Sumapaz	3	0	0	0	3	0.0%
Sin Ubicación	956	392	3262	33	4643	31.8%
Total general	3.090	405	11.065	33	14.593	100%

Fuente: REPS. Fecha de consulta: mayo 5/2017.

Para efectos de la georreferenciación, es importante considerar que un porcentaje representativo de los prestadores inscritos en la ciudad (31.8 %), corresponden a la categoría sin ubicación, por ende, el análisis por Zonas no tiene alcance a estos prestadores. Con relación a las sedes de prestadores georreferenciadas se encuentra que:

- El 52.4 % de los prestadores de servicios de salud de Bogotá se encuentran concentrados en la Zona Norte, con una participación importante en las localidades de Chapinero (19.2 %) y Usaquén (16.9 %). En las restantes localidades de Teusaquillo, Suba, Engativá y Barrios Unidos pertenecientes a esta Zona, los prestadores de servicios sitúan sus sedes en un 6.5 %, 4.5 %, 3.3 % y 2.0 % respectivamente.
- La Zona Sur Occidente consolida el 7.6 % de sedes de prestadores de servicios de salud de la ciudad; siendo más representativas en esta Zona las localidades de Kennedy con el 3.5 %, Fontibón con el 1.5 % y Puente Aranda con el 1.4 %.
- La Zona Centro Oriente consolida el 5.8% de sedes de prestadores de servicios de salud de la ciudad, siendo más representativa en esta Zona la localidad de Rafael Uribe con el 1.6 % de sedes.
- Por último, la Zona Sur consolida el 2.4 % de sedes de prestadores, siendo más representativa en esta Zona la localidad de Ciudad Bolívar con el 1.1% de sedes.

2.5.1.4.4. Programa APH y Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE del D. C.

Durante los periodos comprendidos entre los meses de enero y octubre de los años 2015 y 2016, se recibieron en el CRUE 650820 y 568473 llamadas, respectivamente, solicitando su intervención, lo que significa una reducción del 14,5% para el último periodo.

Tabla 75. Frecuencia absoluta mensual de llamadas que ingresaron al CRUE, entre enero y octubre, años 2015 a 2016

FRECUENCIA MENSUAL ABSOLUTA DE LLAMADAS QUE INGRESARON AL CRUE, ENTRE ENERO Y OCTUBRE DE 2015 Y 2016												
INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	PROMEDIO/MES	PROPORCIÓN DE DIFERENCIA ENTRE AMBOS PERIODOS
Llamadas que ingresaron al CRUE hasta octubre de 2015	57978	64326	70328	59942	70148	62116	63474	67133	68772	66603	65082	
Llamadas que ingresaron al CRUE hasta octubre de 2016	55656	62472	59251	59753	60985	54208	51969	55148	54579	54452	56847	-14,5%

Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 63, periodo enero-octubre de los años 2015 y 2016.

Las llamadas de prioridad alta alcanzaron una proporción cercana al 65,5 % en ambos periodos. El despacho de recursos (vehículos de atención) correspondiente a ellas ha estado entre el 36 % (2016) y el 37,5 % (2015).

En el año 2015, por cada 10 llamadas se realizaron 12 despachos, mientras que en 2016 estos se redujeron a 9.

Tabla 76. Comparativo de proporción de llamadas de prioridad alta, años 2015 a 2016

INDICADOR	2015	2016
Proporción de llamadas de prioridad "Alta"	65,4%	65,8%
Proporción de llamadas de prioridad "Alta", con despacho	37,5%	36,0%
Concentración de despachos por llamada con despacho	1,21	0,9

Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 63, periodo enero-octubre de los años 2015 y 2016.

Para las llamadas de prioridad alta que se atendieron con algún recurso hasta octubre de 2016, el tiempo de respuesta, es decir, el comprendido entre el ingreso de la primera y la llegada del último al sitio del incidente, correspondió a 19 minutos y 6 segundos en enero, con un paulatino incremento hacia octubre, donde este tiempo alcanzó los 25 minutos y 9 segundos, representando un incremento del 31,7 %.

Tabla 77. Tiempo de respuesta de llamadas de prioridad alta por mes, enero octubre 2016

INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
Tiempo de respuesta a llamadas de prioridad alta, por mes de 2016.	0:19:06	0:20:44	0:19:53	0:21:14	0:23:39	0:25:03	0:22:34	0:24:24	0:25:55	0:25:09

Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 72, periodo enero-octubre de 2016.

Entre enero y octubre de 2016 ingresaron 568.473 llamadas, que corresponderían a 302.849 casos únicos. Esto significa, que casi la mitad de las llamadas corresponden a duplicaciones del mismo caso, bromas, falsas alarmas, entre otras causas, o lo que es lo mismo, que por cada caso, se habrían realizado casi 2 llamadas.

Según la Plantilla 63 el Sistema de información PROCAD, periodo enero-octubre de 2016 del total de llamadas, 66 de cada 100 correspondieron a prioridad alta; de los casos, la mitad. Por su parte, 43 de cada 100 llamadas de prioridad alta correspondieron a casos con esa misma prioridad.

Con despacho de algún recurso se atendieron 29 de cada 100 llamadas y 49 de cada 100 casos.

Tabla 78. Número de llamadas y casos con despacho y sin despacho, enero a octubre de 2016

LLAMADAS Y CASOS CON DESPACHO Y SIN DESPACHO, ENERO A OCTUBRE DE 2016					
INDICADOR	TOTAL	CON DESPACHO	PROPORCIÓN	SIN	PROPORCIÓN
LLAMADAS	568.473	164.705	29,0%	403.768	71,0%
CASOS	302.849	148.147	48,9%	154.702	51,1%
PROPORCIÓN DE CASOS	53,3%	89,9%		38,3%	

Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 63, periodo enero-octubre de 2016.

En cuanto a la atención con despacho de algún recurso de llamadas con prioridad alta, 36 de cada 100 se hizo de esa manera.

Tabla 79. Número de llamadas y casos con prioridad alta, con despacho y sin despacho, enero a octubre de 2016

LLAMADAS Y CASOS CON PRIORIDAD ALTA, CON DESPACHO Y SIN DESPACHO, ENERO A OCTUBRE DE 2016					
INDICADOR	TOTAL DE ALTA	CON DESPACHO		SIN DESPACHO	
		Total	%	Total	%
LLAMADAS	373.859	134.742	36,0%	239.117	64,0%
CASOS	161.879	120.273	74,3%	41.606	25,7%
PROPORCIÓN DE CASOS	43,3%	89,3%		17,4%	

Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 63, periodo enero-octubre de 2016.

Finalmente, por motivo de llamada al CRUE, una de cada cuatro llamadas fue por accidentes de tránsito con heridos o muertos o por lesiones personales.

Tabla 80. Proporción de llamadas al CRUE, 2016

MOTIVOS DE LLAMADO AL CRUE, 2016	PROPORCIÓN EN EL TOTAL
Accidente Tránsito con Heridos/Muertos	14,92%
Lesiones Personales	10,98%
Enfermo	7,95%
Riña	7,69%
Inconsciente/paro cardiorrespiratorio	7,17%
Evento Respiratorio	6,60%
Maltrato	5,42%
Trastorno mental	3,98%
Síntomas gastrointestinales	3,89%
Heridos	3,63%

Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 72, periodo enero-octubre de 2016.

Al agrupar los motivos de llamadas, casi 3 de cada 4 llamadas fue por violencia, accidentes de tránsito o salud mental, en ese orden; siendo 3 de cada 10, por la primera causa agrupada, algo más de 1 de cada 5, por la segunda, y casi 1 de cada 5 por la tercera.

Tabla 81. Proporción de motivos de llamado al CRUE, 2016

GRUPOS DE MOTIVOS DE LLAMADO AL CRUE, 2016	PROPORCIÓN EN EL TOTAL
VIOLENCIA	32,91%
ACCIDENTES DE TRÁNSITO	21,17%
SALUD MENTAL	19,54%
RESPIRATORIO	9,29%
CEREBROVASCULAR	8,10%
DOLOR TORÁCICO	3,30%
VIOLENCIA SEXUAL	2,86%
GINECOOBSTETRICIA	2,84%

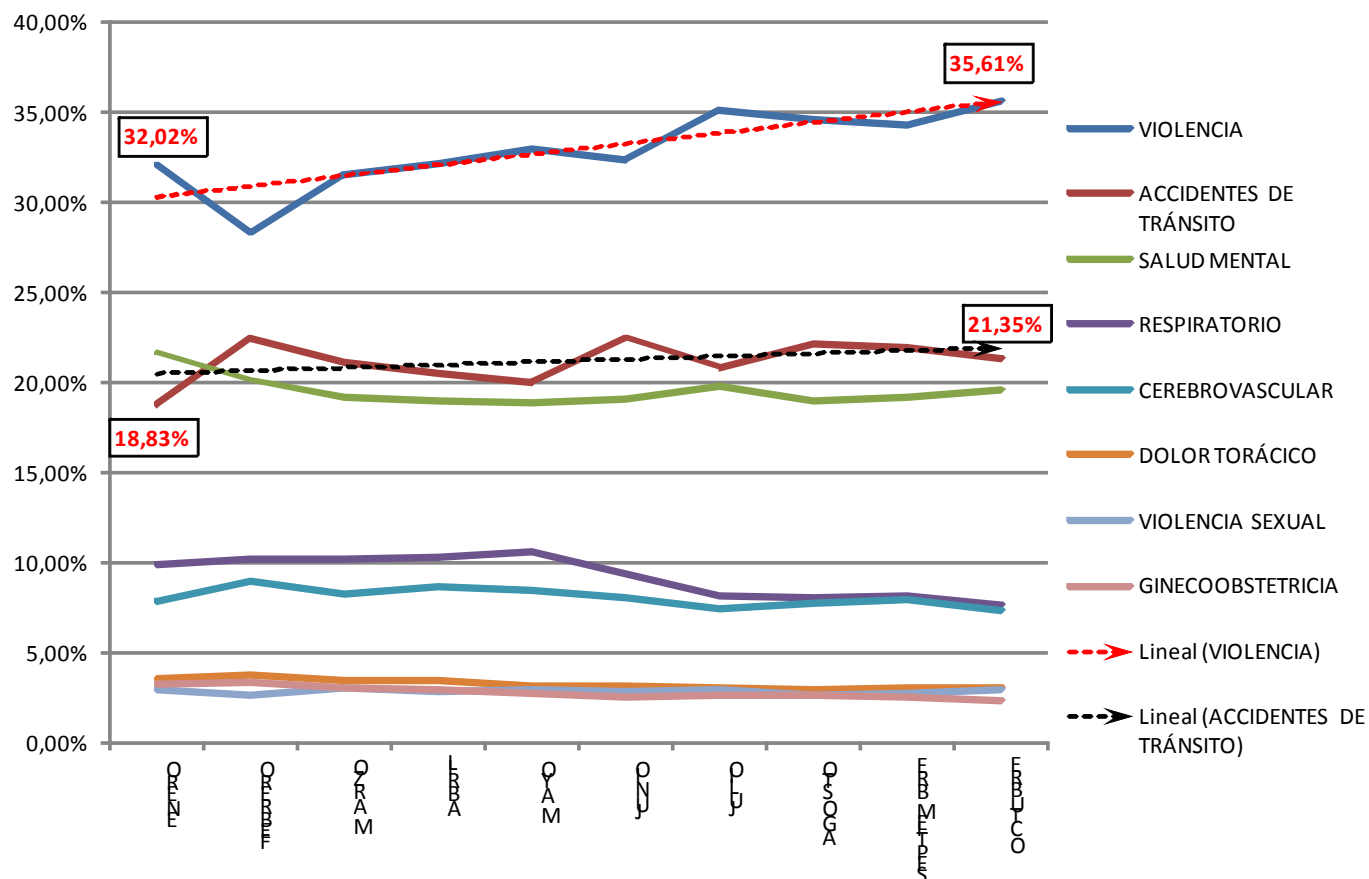
Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 72, periodo enero-octubre de 2016.

Preocupa ver el incremento indeclinable durante lo corrido del año, de la violencia como primera causa de solicitud de intervención del CRUE, pasando de un 30 a un 34,4 %, lo que representa un incremento de su participación del 14,8 %; y de la accidentalidad vehicular, para la cual las cifras fueron 20,2 %, 21,89 % y 8,4 %, respectivamente. El comportamiento se representa en el gráfico anexo.

Tabla 82. Distribución proporcional de los grupos de motivos de llamado al CRUE, enero a octubre 2016

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL, MENSUAL, DE LOS GRUPOS DE MOTIVOS DE LLAMADO AL CRUE, ENERO-OCTUBRE DE 2016										
GRUPOS DE MOTIVOS DE LLAMADO AL CRUE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
VIOLENCIA	32,02%	28,31%	31,54%	32,19%	33,02%	32,42%	35,08%	34,57%	34,29%	35,61%
ACCIDENTES DE TRÁNSITO	18,83%	22,50%	21,16%	20,51%	20,01%	22,51%	20,82%	22,19%	21,95%	21,35%
SALUD MENTAL	21,63%	20,10%	19,16%	19,00%	18,93%	19,05%	19,85%	19,04%	19,22%	19,57%
RESPIRATORIO	9,92%	10,18%	10,20%	10,28%	10,67%	9,42%	8,17%	8,10%	8,12%	7,62%
CEREBROVASCULAR	7,84%	9,01%	8,31%	8,71%	8,45%	8,10%	7,42%	7,74%	7,95%	7,39%
DOLOR TORÁCICO	3,54%	3,79%	3,51%	3,48%	3,19%	3,14%	3,10%	3,00%	3,09%	3,12%
VIOLENCIA SEXUAL	2,92%	2,69%	3,02%	2,82%	2,97%	2,85%	2,94%	2,64%	2,81%	2,94%
GINECOOBSTETRICIA	3,28%	3,42%	3,10%	3,01%	2,76%	2,51%	2,61%	2,70%	2,56%	2,40%

Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 72, periodo enero-octubre de 2016.



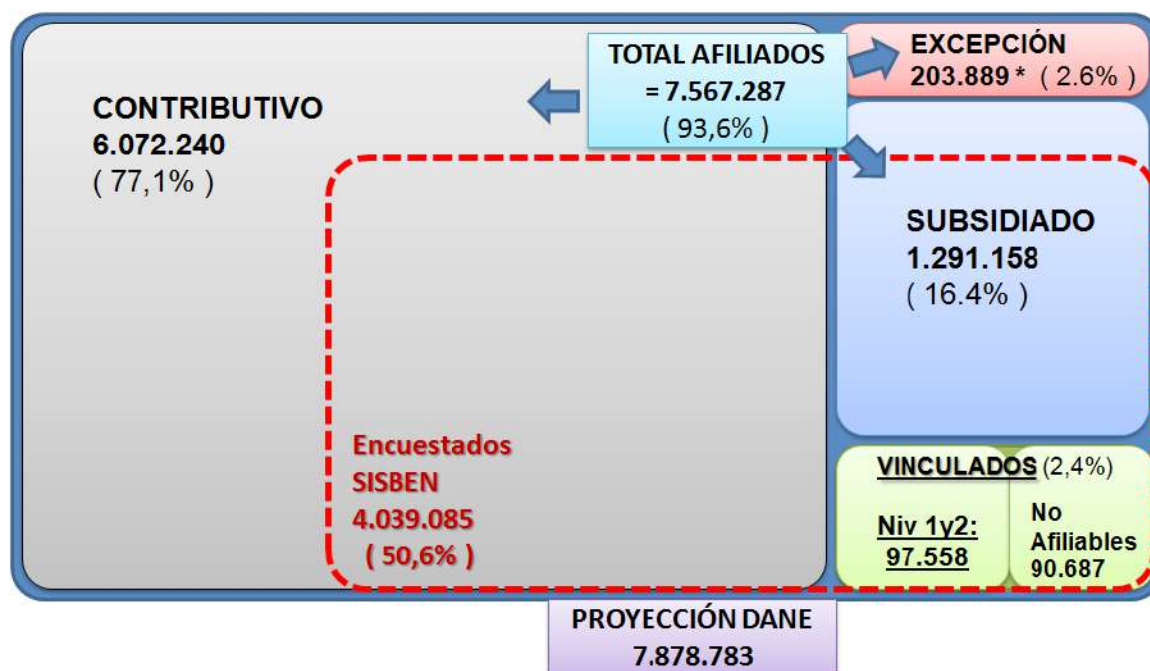
Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 72, periodo enero-octubre de 2016.

Composición De La Población Por Régimen De Afiliación Al Sistema De Seguridad Social En Salud²

La distribución de la población de Bogotá D.C. por condición de aseguramiento a diciembre del 2015 fue la siguiente: al Régimen Contributivo el 77.1 %, Régimen Subsidiado 16.4 %, Régimen de Excepción el 2,6 % y un 3,9 % no se encontró afiliada al sistema, tal como se observa en la gráfica siguiente:

² Información suministrada por la Dirección de Aseguramiento en Salud de la Secretaría Distrital de Salud para el seguimiento de la Red Pública Adscrita a la SDS de la vigencia 2014.

Gráfico 68. Distribución de la Población por Condición de Aseguramiento con Corte a diciembre 2015



Fuente: Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015. Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015. Base de datos SISBÉN certificada DNP, diciembre de 2015. DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Proyección población DANE a 2015.

La distribución general de la afiliación de la población de Bogotá D.C. por régimen de afiliación de los años 2014 y 2015 evidenció que el incremento presentado en el año 2014 fue a expensas del régimen contributivo con un 5,3 %, mientras que el régimen subsidiado apenas aumento su población en un 1,3 %. De otra parte se aprecia que se disminuyó sustancialmente la población No afiliada sisbenizada en un 34,6 %.

La población afiliada al régimen subsidiado en Bogotá ascendió a un total de 1.291.158 personas de las cuales el 85,2 % correspondió a personas afiliadas continuamente a éste régimen y el 14,8 % restante a personas que utilizaron el derecho a la movilidad pasando a régimen subsidiado en sus EPS del régimen contributivo.

De las dos EPS del régimen subsidiado que operaban en Bogotá, al cierre de la vigencia 2015, Capital Salud fue la que mayor número de afiliados aportó el 77 %, seguida de COMFACUNDI UNICAJAS con el 8 %.

De las EPS del régimen contributivo que operaron el régimen subsidiado en aplicación de la reglamentación de movilidad entre regímenes, se observó que el 23,8 % de la población en movilidad estaba afiliada a Famisanar, seguida de Cafesalud con el 16,8 %, Salud Total con el 16,4 % y Compensar con el 15,8 %. Con menos del 10 % del total de población afiliada por movilidad al régimen subsidiado se encontraron las demás EPS del régimen contributivo. Lo anterior se relaciona en la tabla siguiente:

Tabla 83. Distribución de Afiliados al Régimen Subsidiado, por asegurador

EPS-S	Cantidad	%
Capital Salud	994.639	77,03%
Comfacundi Unicajas	105.825	8,20%
Subtotal	1.100.464	85,23%
Famisanar (rs)	45.425	3,52%
Cafesalud (rs)	31.972	2,48%
Salud total (rs)	31.284	2,42%
Compensar (rs)	30.080	2,33%
Nueva EPS (rs)	14.705	1,14%
Cruz Blanca (rs)	12.943	1,00%
Sura (rs)	10.364	0,80%
Sanitas (rs)	7.717	0,60%
Coomeva (rs)	5.493	0,43%
Aliansalud (rs)	373	0,03%
Servicio occidental de salud (rs)	309	0,02%
Saludvida (rs)	29	0,00%
Subtotal Movilidad	190.694	14,77%
Total general	1.291.158	100,00%

Fuente: Subsidiado BDUA- FOSYGA, Corte 31 de Diciembre de 2015

Respecto a la población afiliada al régimen contributivo con corte a Diciembre de 2015 en Bogotá, más del 50% se encontraba distribuido en tres EPS: el 18,6 % afiliada a Famisanar, el 17,2 % a Compensar y el 16,4 % a Salud Total. Las EPS del Régimen Subsidiado

reportaron en contributivo por Movilidad el 0,07 % del total de afiliados. A continuación se observa la distribución del régimen contributivo:

Tabla 84. Distribución de Afiliados al Régimen Contributivo, por asegurador

EPS-C	Cantidad	%
Famisanar	1.129.304	18,60%
Compensar	1.044.024	17,19%
Cafesalud	993.670	16,36%
Sanitas	763.633	12,58%
Salud Total	615.007	10,13%
Nueva EPS	508.896	8,38%
Cruz Blanca	413.642	6,81%
Sura	241.671	3,98%
Aliansalud	199.528	3,29%
Coomeva	142.064	2,34%
Servicio occidental de salud	7.418	0,12%
Fps ferrocarriles nacionales	4.719	0,08%
Capital salud (rc)	4.296	0,07%
Saludvida	3.846	0,06%
Comfacundi Unicajas (rc)	204	0,00%
Asmet salud E.S.S. (rc)	153	0,00%
Cafesalud (rc)	69	0,00%
Comfenalco Valle	54	0,00%
Mutual Ser E.S.S. (rc)	9	0,00%
Golden Group	9	0,00%
Emdisalud E.S.S. (rc)	8	0,00%
Savia Salud (rc)	7	0,00%
Comparta E.S.S. (rc)	5	0,00%
Convida (rc)	2	0,00%
Emssanar E.S.S.	2	0,00%
Total general	6.072.240	100,00%

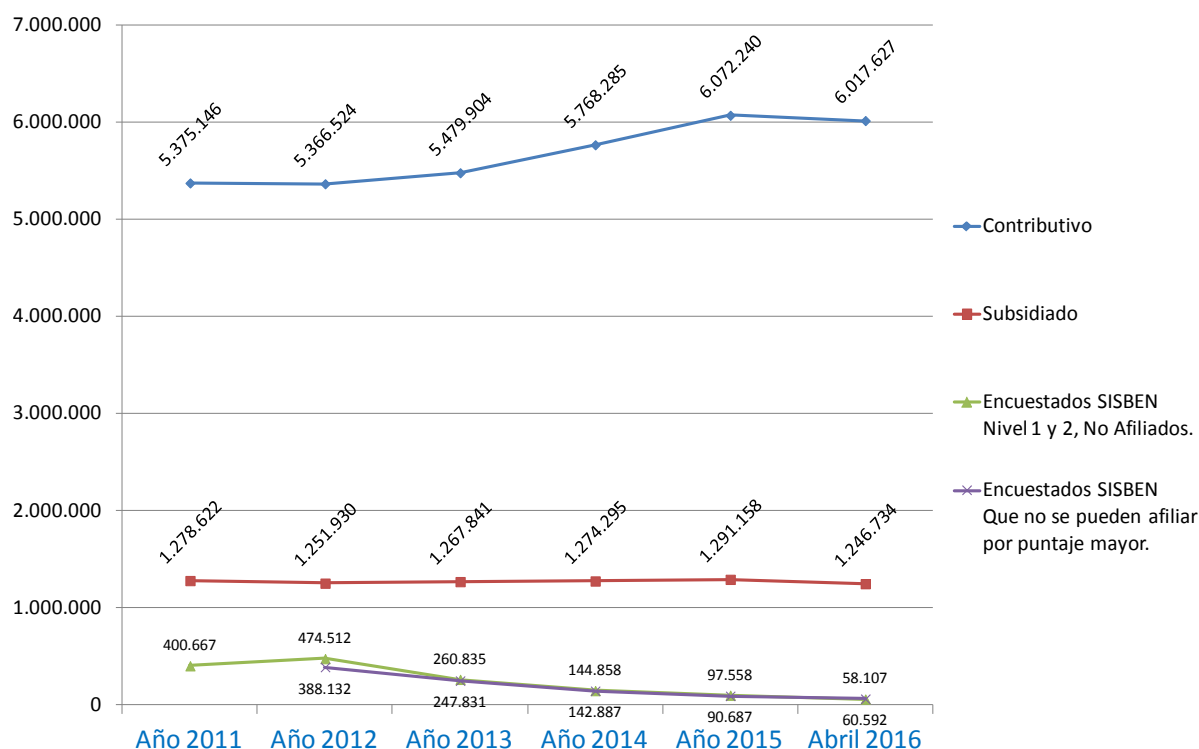
Fuente: Contributivo BDUA- FOSYGA, Corte 31 de Diciembre de 2015

Para abril de 2016, la población de Bogotá proyección DANE 2016 es de 7.980.001 personas, de las cuales se encuentran en aseguramiento 7.472.100 personas, donde el 75.4 % pertenecen al régimen contributivo; el 15.6 % pertenecen al régimen subsidiado; en régimen de excepción el 2.6 % y población pobre no asegurada el 6.4 % que estaría pendiente del aseguramiento en salud.

2.5.1.4.5. Análisis de variación de la población según Régimen de Afiliación al SGSSS.

Teniendo en cuenta la tendencia del aseguramiento en el Distrito Capital, se observa que el Régimen Contributivo va con tendencia al aumento, mientras que el Régimen Subsidiado se ha mantenido constante en los últimos 5 años y la población pobre no asegurada viene en disminución desde el año 2013.

Gráfico 69. Análisis de Variación de la Población Según Régimen de Afiliación al SGSSS



Fuente: Boletín de Aseguramiento de la SDS, 2016.

2.5.1.4.6. Análisis de la cobertura universal.

Para diciembre de 2015, la población de Bogotá proyección DANE 2015 era de 7.878.783 personas, de las cuales se encontraban aseguradas 7.567.287 personas, equivalente al 96 %, de tal forma que el 4 % estaría pendiente del aseguramiento en salud.

Tabla 85. Afiliados por régimen año 2015

Afiliados por régimen	Cantidad	% De la población	% De los afiliados
Activos en Régimen Contributivo	5.882.265	74,7%	77,7%
Suspendidos en Régimen Contributivo	189.975	2,4%	2,5%
Activos en Régimen Subsidiado	1.291.158	16,4%	17,1%
Regímenes de Excepción (estimado)	203.889	2,6%	2,7%
Subtotal afiliados	7.567.287	96,0%	100,0%

Fuentes: Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015. DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014, Proyección población DANE a 2015.

2.5.1.4.7. Población Afiliada de EPS que operan en Bogotá, D. C. a abril de 2016

Para el Régimen Subsidiado, aunque se observa una leve disminución de los afiliados a abril de 2016, posiblemente por traslados hacia el régimen contributivo, Capital Salud continúa liderando el sector con el 78,73 % de los afiliados, seguido de CAPRECOM y UNICAJAS respectivamente como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 86. EPS y Población del Régimen Subsidiado a abril 2016

EPS-S	Cantidad	%
Capital salud	981.505	78,73
Comfacundi unicajas	102.731	8,24
Subtotal	1.084.236	86,97
Famisanar (rs)	34.421	2,76
Salud total (rs)	27.677	2,22
Compensar (rs)	24.346	1,95
Cafesalud (rs)	24.208	1,94
Nueva eps (rs)	22.656	1,82
Cruz blanca (rs)	11.553	0,93
Sura (rs)	7.721	0,62
Sanitas (rs)	5.850	0,47
Coomeva (rs)	3.489	0,28
Aliansalud (rs)	330	0,03
Servicio occidental de salud (rs)	222	0,02
Saludvida (rs)	25	0,00
Subtotal movilidad	162.498	13,03
Total general	1.246.734	100,00

Fuente: Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 30 de abril de 2016.

En el régimen contributivo, se observa incremento en la población afiliada, posiblemente por mayor fuente de empleo en la ciudad, siendo mayor en la EPS Famisanar con el 19.24 % de afiliación, seguido de COMPENSAR y SANITAS, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 87. EPS y población del Régimen Contributivo a mayo de 2015

EPS-C	Cantidad	%
Famisanar	1.103.523	18,34
Compensar	1.076.059	17,88
Cafesalud	898.169	14,93
Sanitas	781.380	12,98
Salud total	623.718	10,36
Nueva eps	505.498	8,40
Cruz blanca	406.940	6,76
Sura	251.337	4,18
Aliansalud	202.348	3,36
Coomeva	141.438	2,35
Capital salud (rc)	10.195	0,17
Servicio occidental de salud	7.182	0,12
Fps ferrocarriles nacionales	4.612	0,08
Saludvida	4.096	0,07
Comfacundi unicajas (rc)	745	0,01
Asmet salud e.S.S. (Rc)	317	0,01
Cafesalud (rc)	43	0,00
Golden group	9	0,00
Mutual ser e.S.S. (Rc)	8	0,00
Comparta e.S.S. (Rc)	5	0,00
Emdisalud e.S.S. (Rc)	5	0,00
Total general	6.017.627	100,00

Fuente: Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 30 de abril de 2016.

2.5.1.1. Determinantes estructurales de las inequidades en salud

2.5.1.2. Educación

Para la medición de analfabetismo se utiliza la metodología implementada para la medición de la Pobreza Multidimensional, en la cual se considera un hogar analfabeta cuando se presenta un miembro de la familia con 15 años o más que no sabe escribir o leer. En Bogotá esta tasa ha venido disminuyendo desde 2010 cuando se registró una tasa de 4,9 %, en 2016 alcanzó una tasa de 2 %, es decir en los dos periodos mencionados hubo una reducción de 2.9 puntos porcentuales.

En Bogotá, según la información presentada por el Ministerio de educación, las Tasas de cobertura bruta de Educación categoría Primaria y de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario mejoraron entre el 2015 y 2016. Sin embargo en el periodo mencionado la Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media disminuyó pasando de 94,6 en 2015 a 82,1 en 2016.

Tabla 88. Tasas de cobertura bruta de educación según categoría Primaria, Secundaria y Media. Bogotá D. C., 2005 – 2015

Eventos de Notificación Obligatoria	Colombia	Bogotá	Comportamiento													
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	5,7	2,00			0											
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2016)	104,5	88,80	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2016)	100,38	92,09	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2016)	79,48	82,07	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘

Fuente: Ministerio de Educación Nacional - Oficina Asesora de Planeación y Finanzas. 2015
Tasa de cobertura bruta por nivel 2015. *Fuente: Cálculos DNP-SPSCV con datos Censo 2005.

Es fundamental continuar con el fortalecimiento de políticas públicas dirigidas a la reducción a cero el analfabetismo en la ciudad (Es una meta para 2018) y de implementar estrategias que conduzcan a que todos los matriculados terminen sus estudios satisfactoriamente la educación primaria, básica y secundaria. Igualmente reducir la deserción escolar.

2.5.1.3. Pobreza e ingresos

2.5.1.3.1. Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) identifica múltiples carencias a nivel de los hogares y las personas en los ámbitos de la salud, la educación y el nivel de vida.

En la Tabla 89, se presenta la incidencia de la pobreza y el número de personas consideradas pobres según el índice de Pobreza Multidimensional. La incidencia o extensión de la pobreza es la medida más utilizada por su simplicidad y capacidad de comunicación, ya que resulta muy fácil de entender el significado que tiene el hecho de que un determinado porcentaje de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza; expresa el porcentaje de hogares, o de población, que no alcanza el nivel de la línea de pobreza. Su expresión matemática es bien sencilla: $H = \% \text{ número de pobres (personas u hogares) / población total}$.

Bogotá presenta un índice de pobreza de 24.3 %, la mitad de lo que se presente en el país. Esta situación es más compleja al observar las diferencias cuando se calculan en el área urbana o rural siendo estas más del doble en la ruralidad.

Tabla 89. Incidencia de pobreza e Índice de pobreza multidimensional, según área urbana y rural. Bogotá D. C., 2015

	TOTAL			URBANO			RURAL		
	Incidencia (H) K=5/15	Población*	Población pobre por IPM	Incidencia (H) K=5/15	Población Urbana*	Población pobre por IPM	Incidencia (H) K=5/15	Población Rural*	Población pobre por IPM
Bogotá	24,30%	6.740.859	1.638.155	24,22%	6.725.493	1.628.662	61,78%	15.366	9.493
Colombia	49%	41.161.585	20.156.160	39%	31.276.348	12.227.893	80%	9.885.237	7.916.398

Fuente: Cálculo DNP - SPSCV con datos del Censo 2005. Población muestra censal 2005.

Frente a los indicadores de privación identificados en los hogares (tabla 90) aún persisten algunos en niveles que no deberían ser tolerables como el bajo logro educativo, el

analfabetismo, el rezago escolar, el hacinamiento. Bogotá presenta porcentajes más bajos en relación con el nivel nacional con enormes diferencias como el acceso al agua mejorada, la inadecuada eliminación de excretas, viviendas con pisos inadecuados, paredes inadecuadas y el hacinamiento. Este último es muy alto afectando la calidad de vida de los hogares y la sana convivencia.

Tabla 90. Porcentaje de hogares que sufren privación según variable. Bogotá D. C., 2015

Indicador		Bogotá D. C.	Nacional
Número de hogares		1.931.372	10.572.208
Bajo logro educativo	%	42	62
	Hogares	813.401	6.572.469
Analfabetismo	%	8	18
	Hogares	153.465	1.952.006
Inasistencia escolar	%	5	9
	Hogares	89.142	937.664
Rezago escolar	%	21	28
	Hogares	413.184	2.937.927
Barreras de acceso a servicios para cuidado de la primera infancia	%	9	16
	Hogares	177.519	1.669.230
Trabajo infantil	%	3	4
	Hogares	49.456	417.426
Alta tasa de dependencia económica	%	27	42
	Hogares	529.573	4.482.668
Empleo informal	%	77	87
	Hogares	1.490.256	9.180.117
Sin aseguramiento en salud	%	22	30
	Hogares	422.885	3.125.839
Barreras de acceso a servicio de salud	%	4	6
	Hogares	82.928	664.276
Sin acceso a fuente de agua mejorada	%	1	17
	Hogares	28.110	1.817.629
Inadecuada eliminación de excretas	%	2	17
	Hogares	38.468	1.794.807
Pisos inadecuados	%	1	10
	Hogares	13.014	1.059.478
Paredes inadecuadas	%	1	5
	Hogares	15.610	510.791
Hacinamiento	%	14	20
	Hogares	272.703	2.065.159

Fuente: Cálculos DNP-SPSCV con datos Censo 2005.

2.5.1.3.2. Necesidades Básicas insatisfechas – NBI

La aplicación de la metodología de NBI, con ayuda de algunos indicadores simples, pretende identificar si las necesidades básicas de la población se encuentran cubiertas. Es así que aquellos grupos u hogares que no alcancen los umbrales mínimos fijados, se consideran con deficiencias para su apropiado desarrollo y son clasificados como pobres. Los indicadores seleccionados son: Viviendas inadecuadas, Viviendas con hacinamiento crítico, Viviendas con servicios inadecuados, Viviendas con alta dependencia económica, Viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela.

Con la información disponible por el DANE se aprecia en la tabla 91 las diferencias de los NBI en el Distrito Capital diferenciado por el área urbana y rural, apreciándose enormes diferencias entre estos territorios; particularmente la proporción de personas con NBI es tres veces mayor en el área rural, el componente de la vivienda es seis veces más deficiente. Igualmente la proporción de población en condición de miseria en el área rural de seis veces mayor a la urbana; en cuanto al componente de servicios, éste es mayor en más de nueve veces en el área rural. Al observar estos indicadores en el territorio nacional se destaca como las cabeceras municipales y los poblados presentan necesidades básicas insatisfechas que la de las poblaciones rurales. Estas condiciones se relacionan con la búsqueda de oportunidades, para estudio, trabajo, seguridad y derechos entre otras que la ciudad de Bogotá ha logrado intervenir reduciendo las inequidades y contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población urbana.

Tabla 91. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, total, cabecera y resto, según área de medición. Bogotá D. C., 2011

Bogotá D. C.	Personas en NBI (%)	CVE (%)	Personas en miseria	CVE (%)	Componente vivienda	CVE (%)	Componente Servicios	CVE (%)
Cabecera	9,16	1,97	1,37	6,12	0,96	6,78	0,56	8,09
Resto	27,84	-	8,17	-	6,09	-	5,38	-
Total	9,20	1,96	1,38	6,03	0,97	6,68	0,57	7,91
Colombia	27,78	0,22	10,64	0,37	10,41	0,32	7,36	0,40
Cabecera	19,66	0,4	5,88	0,78	4,79	0,77	5,01	0,70
Resto	53,51	0,15	21,71	0,30	28,24	0,26	14,82	0,38

Bogotá D.C.	Componente Hacinamiento	CVE (%)	Componente Inasistencia	CVE (%)	Componente dependencia económica	CVE (%)
Cabecera	5,29	2,89	1,55	5,44	2,50	4,24
Resto	12,87	-	4,80	-	9,38	-
Total	5,31	2,87	1,56	5,40	2,52	4,20
Colombia	11,11	0,46	3,56	0,85	11,33	0,40
Cabecera	8,46	0,74	2,37	1,55	7,34	0,73
Resto	19,48	0,38	7,33	0,67	23,96	0,33

Fuente: DANE, Censo General 2005.

Tabla 92. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, total, cabecera y resto

Personas en NBI					
Cabecera		Resto		Total	
%	CVE (%)	%	CVE (%)	%	CVE (%)
9,16	1,97	27,84	-	9,20	1,96

Fuente: DANE, Censo General 2005.

2.5.1.3.3. Coeficiente de Gini

Este indicador muestra el grado de desigualdad en la distribución del ingreso entre la población. En el Distrito Capital, el índice ha presentado leve reducción hasta el 2012; en los años siguientes se incrementó hasta 0,499 en 2016. En el periodo observado 2008 a 2016 se ha logrado reducir en 6,4 %. En Colombia el índice presenta una tendencia constante hacia la reducción, la reducción en el periodo fue de 8.8 %.

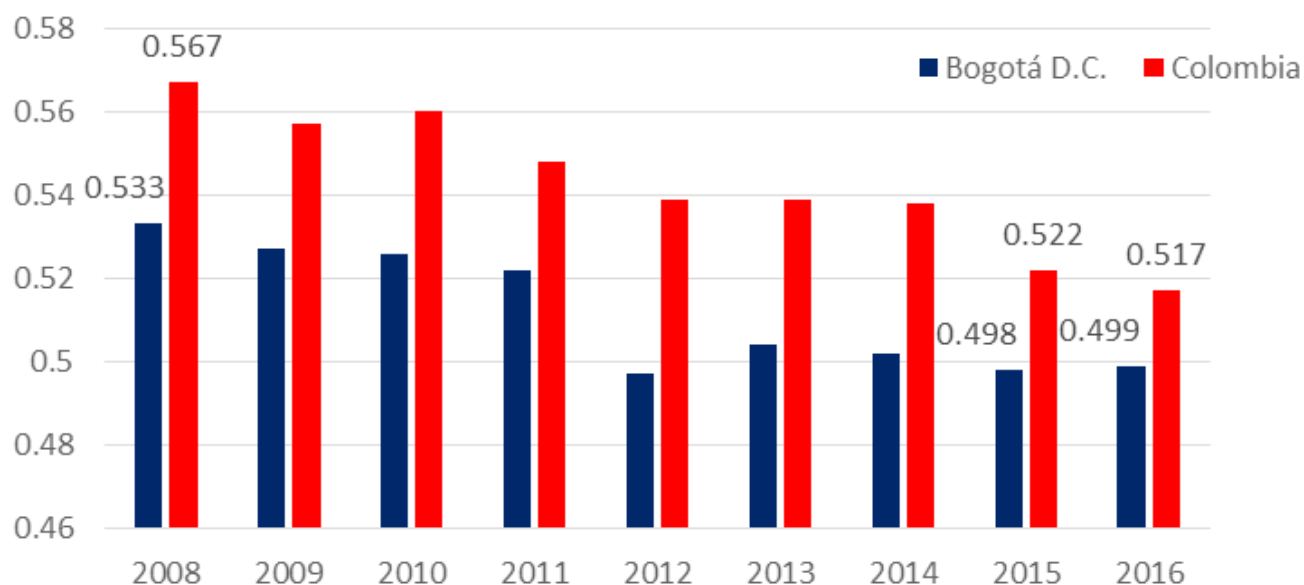
Tabla 93. Coeficiente de Gini. Colombia y Bogotá D. C., periodo 2008 – 2016

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bogotá D.C.	0,533	0,527	0,526	0,522	0,497	0,504	0,502	0,498	0,499
Colombia	0,567	0,557	0,56	0,548	0,539	0,539	0,538	0,522	0,517

Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2006) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2016)

Nota: Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005.

Nota: Se utiliza información del ingreso per cápita de la unidad de gasto a nivel de persona para calcular el coeficiente de Gini.

Gráfico 70. Coeficiente de Gini. Colombia y Bogotá D. C., periodo 2008 – 2016

Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2006) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2016). Elaborada SDS Dirección de Planeación Sectorial.

2.5.1.3.4. Línea de Indigencia

Se define La línea de indigencia LI (o pobreza monetaria extrema) como al valor que representa el ingreso mínimo necesario, por persona, para cubrir el costo de una canasta básica de alimentos, que satisfaga sus requerimientos calóricos. Estos requerimientos son definidos por la FAO (Food and Agriculture Organization).

Teniendo como fuente de información al DANE (Tabla 93), la Línea de indigencia en Bogotá ha venido incrementándose años tras año. En el periodo 2008 a 2012 se aumentó en 14.6%. El incremento de la Línea de Indigencia se ha venido presentando a nivel nacional, en el periodo fue de 13.7%, sin embargo esta ha sido mayor en el distrito capital.

En comunicado de prensa emitido por el Dane en mayo de 2016 expresa que la Línea de indigencia en 2015 para Bogotá alcanza al 2% de la población es decir alrededor de 157.000 personas.

Tabla 94. Línea de Indigencia. Bogotá D. C., periodo 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Bogotá D. C.	83.074	86.206	87.495	91.540	95.192
Colombia	80.195	83.019	83.578	87.672	91.207

Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2006) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2012). Nota: Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005.

Nota: Se toma la información de la línea de indigencia de cada persona y se calcula el promedio del departamento.

2.5.1.4. Ocupación

Los indicadores que miden la ocupación en el Distrito Capital presentan un comportamiento positivo hasta el año 2015. En 2016 se reduce la tasa global de participación (TGP) a 70,8 %, alcanzando aproximadamente 4.615.000 personas económicamente activas.

La Tasa de Ocupación (TO) fue del 64,2 %, con aproximadamente 4.187.000 personas ubicadas laboralmente. Igualmente la tasa de ocupación TO fue de 64,2 %, con un incremento de 2.8 puntos porcentuales con respecto al año 2010; sin embargo presentó un leve descenso en 1.2 puntos en el periodo 2015 - 2016 con respecto a 2010. Se aprecia una reducción en la Tasa de desempleo a un dígito, manteniéndose así en los últimos seis años, en 2016 fue de 9,3.

Tabla 95. Tasa de ocupación Bogotá D. C, periodo 2010-2016

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
% población en edad de trabajar	80,5	80,8	81,0	81,3	81,5	81,7	81,9
TGP	68,7	70,9	72,1	71,9	72,5	71,6	70,8
TO	61,4	64,1	65,2	65,5	66,2	65,4	64,2
TD	10,6	9,6	9,5	9,0	8,7	8,7	9,3

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Población en edad de trabajar	5912	6.018	6.122	6.224	6.325	6.425	6.522
Población económicamente activa	4059	4.269	4.415	4.478	4.584	4.602	4.615
Ocupados	3627	3.860	3.994	4.075	4.186	4.200	4.187
Desocupados	432	409	421	403	398	402	429

Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares, Gran Encuesta Integrada de Hogares

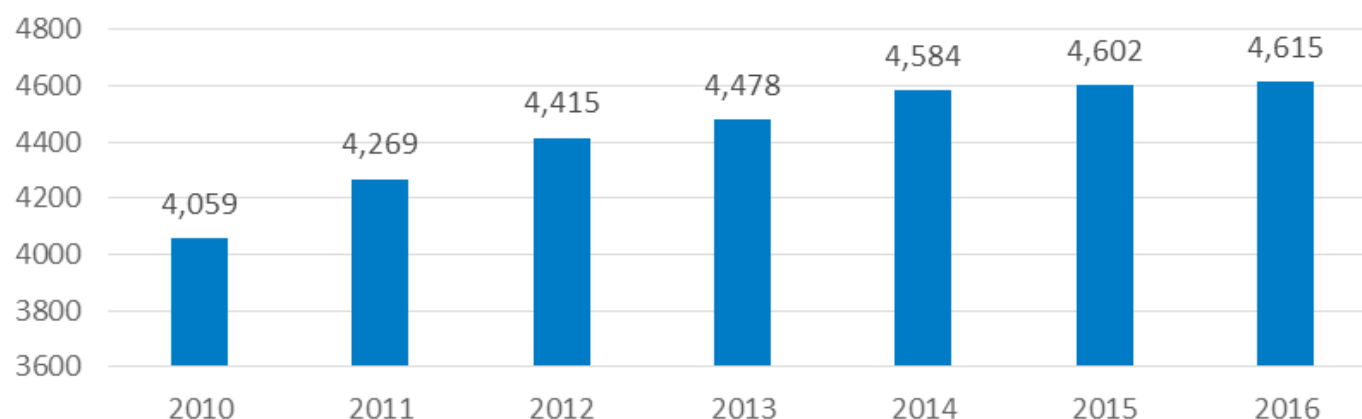
Nota: Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005.

Nota: Toda variable cuya proporción respecto a la PEA sea menor al 10%, puede tener un error de muestreo superior al 5%, que es el nivel de calidad admisible para el DANE.

Nota: Resultados en miles. Por efecto del redondeo en miles, los totales pueden diferir ligeramente.

Actualizado a: 13 de marzo de 2017.

Gráfico 71. Población económicamente activa. Bogotá D. C., 2010 -2016



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares, Gran Encuesta Integrada de Hogares

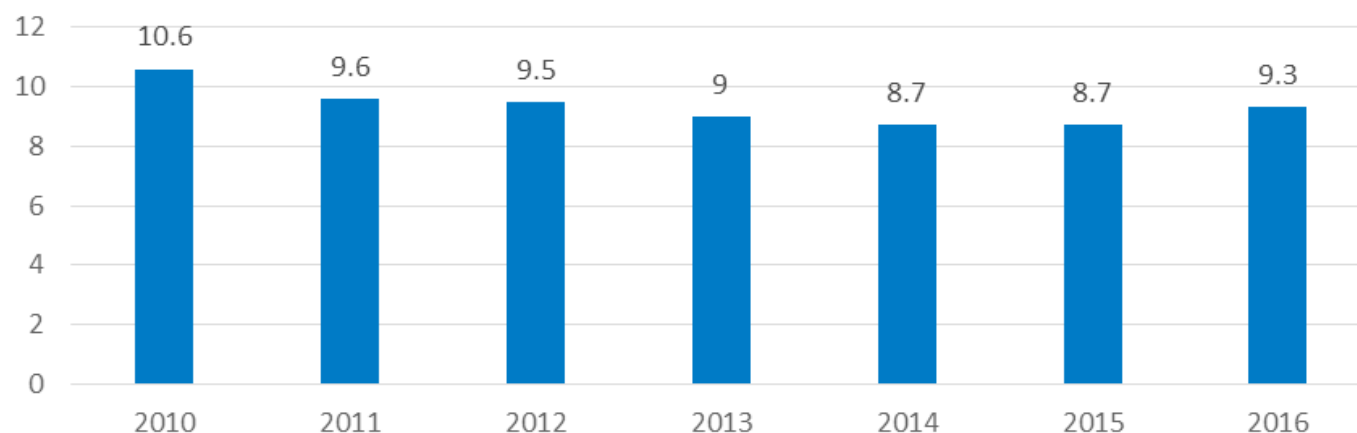
Nota: Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005.

Nota: Toda variable cuya proporción respecto a la PEA sea menor al 10%, puede tener un error de muestreo superior al 5%, que es el nivel de calidad admisible para el DANE.

Nota: Resultados en miles. Por efecto del redondeo en miles, los totales pueden diferir ligeramente.

Actualizado a: 13 de marzo de 2017.

Gráfico 72. Tasa de desempleo en Bogotá D. C., 2010 - 2016



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares, Gran Encuesta Integrada de Hogares

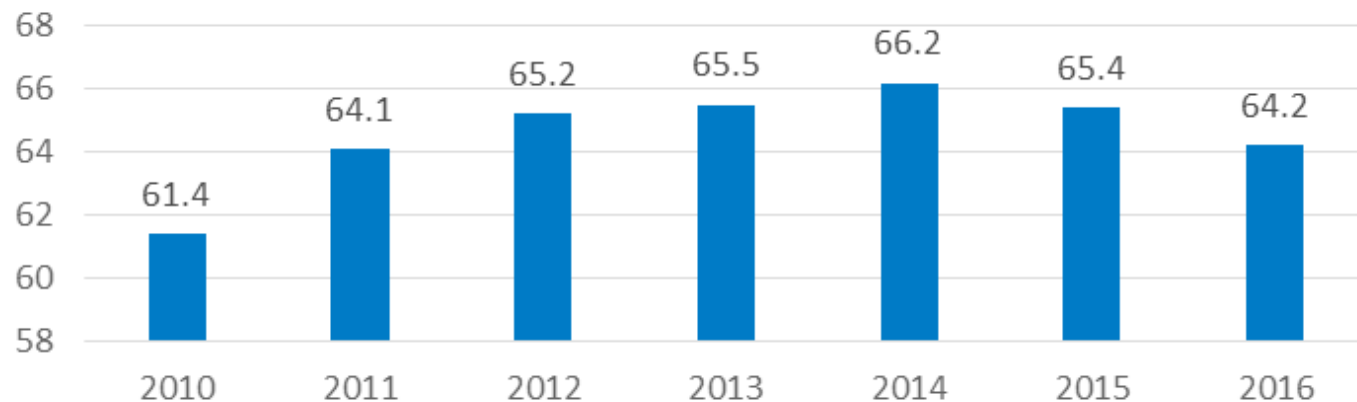
Nota: Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005.

Nota: Toda variable cuya proporción respecto a la PEA sea menor al 10%, puede tener un error de muestreo superior al 5%, que es el nivel de calidad admisible para el DANE.

Nota: Resultados en miles. Por efecto del redondeo en miles, los totales pueden diferir ligeramente.

Actualizado a: 13 de marzo de 2017.

Gráfico 73. Tasa de ocupación. Bogotá D.C., 2010 – 2016



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares, Gran Encuesta Integrada de Hogares

Nota: Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005.

Nota: Toda variable cuya proporción respecto a la PEA sea menor al 10%, puede tener un error de muestreo superior al 5%, que es el nivel de calidad admisible para el DANE.

Nota: Resultados en miles. Por efecto del redondeo en miles, los totales pueden diferir ligeramente.

Actualizado a: 13 de marzo de 2017.

3. Capítulo III. Priorización de los efectos en salud

3.1 Reconocimiento de los principales efectos de salud

En Bogotá, las condiciones de salud y calidad de vida, son en general más favorables que el promedio de la nación; los indicadores muestran un cambio paulatino en los patrones de las enfermedades que se relacionan de forma directa con los cambios en la composición demográfica de la población de la capital, es así como, mientras en Bogotá la población envejece se presentan mayores prevalencias de muertes y enfermedad causadas por enfermedades crónicas y no transmisibles; adicionalmente, las condiciones psicosociales de una sociedad en conflicto modifican negativamente los patrones de comportamiento violento y por tanto, las causas de enfermedad y muerte derivados de ellos, con especial énfasis en poblaciones jóvenes que incluyen ambos sexos.

Si bien las condiciones de los determinantes estructurales son favorables, por ejemplo acueducto, alcantarillado y otras coberturas de servicios públicos y privados, comparados con el resto del país, existen patologías que por su naturaleza demuestran mayor relevancia en el contexto actual, algunas de ellas derivadas de los procesos de atención en salud que lucen insuficientes ante el gran volumen de desenlaces negativos que tiene la ciudad más poblada del país, aunado a una lógicas mercantil de la prestación de los servicios de salud.

3.2 Priorización de los efectos en salud

En la tabla 95, se presenta un ejercicio de priorización de los efectos en salud, este insumo servirá para la toma de decisiones frente a las intervenciones de salud pública en el Distrito Capital.

De tal forma, si bien es cierto que persisten algunas prioridades identificadas en el año 2015, la identificación reiterada durante el 2016 dentro de los grupos de riesgo del MIAS permite evidenciar la necesidad de desarrollar acciones de Gestión Integral del Riesgo en Salud que permitan alcanzar un mejor nivel de salud de los habitantes de Bogotá, la optimización de la calidad de los servicios así como la sostenibilidad financiera del sector.

Tabla 95. Priorización de los efectos en salud, Bogotá D. C., 2016

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
1.Salud Ambiental	1.Tenencia inadecuada de animales de compañía	10. Población en riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales
	2.Contaminación atmosférica	2. Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas
	3. Inadecuada disposición de residuos sólidos	13. Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente
	4. Contaminación de fuentes hídricas	13. Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	Alta morbilidad por Enfermedades cardiovasculares	1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	Mortalidad por por enfermedades del sistema circulatorio	1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	3. Mortalidad por Diabetes Mellitus	1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	4. Morbilidad por condiciones orales	6. Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal
3. Convivencia social y salud mental	1. Mortalidad por causas externas (homicidios)	12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	2. Incidencia de violencia intrafamiliar	12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	3. Incidencia de violencia contra la mujer	12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	4. Consumo de sustancias psicoactivas	12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
4.Seguridad alimentaria y nutricional	1. Patrones de consumo de frutas y verduras	3. Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
	2. Mediana de lactancia materna	3. Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
	Prevalencia de obesidad y trastornos alimentarios	3. Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	1. Incidencia de sífilis congénita y gestacional	8. Población en condición materno perinatal
	2. Incidencia de VIH	8. Población en condición materno perinatal
	3. Embarazo en adolescentes	8. Población en condición materno perinatal

6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	1. Mortalidad por enfermedad respiratoria aguda	9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	2. Morbilidad por VIH	9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	Morbilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias	9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
7. Salud pública en emergencias y desastres	1. Riesgo de remoción en masa	13. Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente
	2. Riesgo de inundación	13. Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente
	3. Accidentes de tránsito	13. Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente
8. Salud y Ambito laboral	1. Prevalencia de la enfermedad laboral	11. Población en riesgo o enfermedad y accidentes laborales
	2. Letalidad de los accidentes de trabajo	11. Población en riesgo o enfermedad y accidentes laborales
9. Gestión diferencial en poblaciones vulnerables	Mortalidad materna y neonatal en afro descendientes	8. Población en condición materno perinatal
	2. Discapacidad en personas mayores	1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	Accidentes para población desplazada de diferentes orígenes	12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	1. Cobertura en acciones de IVC Sanitario	Transversal a todos los grupos de riesgo

Fuente: Elaboración propia a partir de indicadores de ASIS 2016

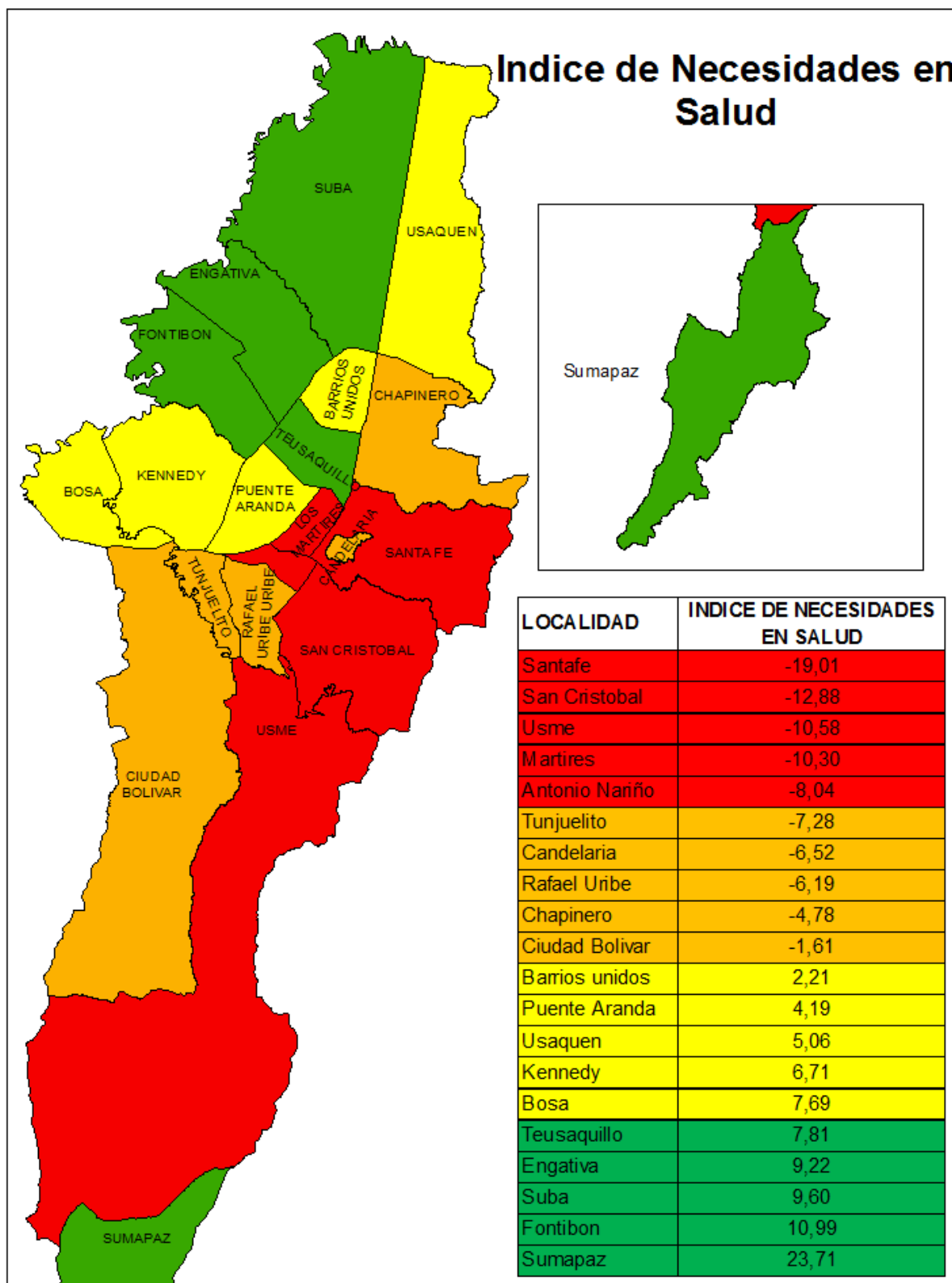
Posteriormente, con el fin de complementar dicho análisis, se realizó la estimación del Índice de Necesidades en Salud – INS por localidad (Mapa 12), para el cual se tomaron en cuenta los siguientes indicadores para su procesamiento:

- Variables Sociales, con corte año 2014, teniendo en cuenta que la información del año 2015 no se encuentra disponible. % habitantes pobres por NBI, % habitantes con analfabetismo, % habitantes en hacinamiento crítico, % de deserción escolar (porcentaje del total de niños, niñas y adolescentes que terminado el año escolar, no se matricularon en el año siguiente).
- Variables Demográficas, con corte año 2015: Población total, Tasa bruta de natali-

dad, Tasa Bruta de Mortalidad, Tasa de crecimiento anual.

- Variables de Salud, con corte año 2015: Proporción de bajo peso al nacer, proporción de incidencia de VIH/Sida x 100.000 habitantes, tasa de mortalidad asociada a VIH/SIDA por 100.000 habitantes, tasa de mortalidad por desnutrición, razón de mortalidad materna, mortalidad por tuberculosis, cobertura de vacuna de fiebre amarilla, tasa de mortalidad perinatal, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de 5 años, tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, proporción de bajo peso al nacer, prevalencia de bajo peso gestacional según el indicador índice de masa corporal, prevalencia de la desnutrición global para los niños y niñas entre 0 años y 4 años 11 meses y 29 días, prevalencia de la desnutrición crónica para los niños y niñas entre 0 años y 4 años 11 meses y 29 días, prevalencia de la desnutrición aguda para los niños y niñas entre 0 años y 4 años 11 meses y 29 días.
- Variables de respuesta institucional: cobertura de parto institucional.

Mapa 12. Estimación del Índice de Necesidades en Salud



Fuente: Estadísticas Distritales y Nacionales. Elaborado por grupo ACCVSyE – SDS

De manera general se identifica que las localidades ubicadas en la zona Nor Occidental de la ciudad son las que poseen un mejor valor del índice de necesidades en salud (Fontibón, Teusaquillo, Suba, Sumapaz y Engativá), mientras que las localidades de la zona Central y Sur Oriental de la ciudad (Santafé, los Mártires, Antonio Nariño, San Cristóbal y Usme) son las que reportan la mayores necesidades en salud. Dicho hallazgo es consistente en gran proporción con otros ejercicios de priorización realizados en la ciudad. Cabe resaltar, que al interior de la mayoría de las localidades, existen grandes diferencias relacionadas con los indicadores que componen el INS; sin embargo la disponibilidad de indicadores a escalas territoriales como el barrio o la UPZ es limitada, por tanto, el cálculo del INS junto con otras metodologías de priorización deben servir como insumo inicial para avanzar en la identificación no solo de las necesidades en salud de la población, sino también de los diferentes factores determinantes de la salud, tales como las condiciones de vida, la educación, los factores ambientales, entre otros; buscando así apoyar la toma de decisiones frente a la implementación de políticas, proyectos y/o programas del sector salud y otros sectores que generan impacto en la salud de la población.

4. Bibliografía

- Contraloría de Bogotá . (2017). *Informe estructural “evaluación al plan maestro de movilidad” PMM*. Bogotá : Contraloría .
- Cortés Pedraza, G. P. (2015). *La accesibilidad al sistema transmilenio: La perspectiva de los usuarios*. Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/50932/1/1032361361.2015.pdf>
- IDEAM, PNUD, Alcaldía de Bogotá, Gobernación de Cundinamarca, CAR, Corpo-
guavio, Instituto Alexander Von Humboldt, Parques Nacionales Naturales de Colom-
bia, MADS, DNP. (2014). *Evolución de la precipitación y temperatura durante los fe-
nómenos el Niño y la Niña en Bogotá - Cundinamarca*. Bogotá : Plan Integral de
Cambio Climático para Bogotá Cundinamarca (PRICC).
- IDIGER. (2010). *Zonificación de la respuesta sísmica de Bogotá para el diseño sismo
resistente de edificaciones*. Bogotá: Alcaldía de Bogotá.
- Palau, J. J. (2013). Análisis del transporte masivo y la movilidad en Bogotá. *Universi-
dad & empresa*(15), 15 - 23.
- Ramos , A. M., Trujillo Vela, M. G., & Prada, L. F. (2015). *Análisis descriptivos de proce-
sos de remoción en masa en Bogotá*. Bogotá: Obras y Proyectos.
- Ruiz Murcia, J. F., & Escobar García, O. D. (2012). *Alteraciones de la precipitación
y la temperatura ante variabilidad y cambio climático para la ciudad de Bogotá* .
Bogotá : IDEAM.
- Secretaría de movilidad. (28 de 11 de 2015). *Encuesta de movilidad* . Obtenido de
<https://drive.google.com/file/d/0ByNoeWkPXuHpakpSeFVOdnBsQ3c/view>
- SIRE. (28 de 11 de 2017). *Instituto Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático
(IDIGER)*. Obtenido de [http://svrdpae8n1.sire.gov.co/portal/page/portal/sire/ges-
tionRiesgo/Tecnologico](http://svrdpae8n1.sire.gov.co/portal/page/portal/sire/ges-
tionRiesgo/Tecnologico)

