

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



Alcaldía de Bogotá

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

**Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas
de Salud Colectiva**

**Grupo Análisis de Condiciones, Calidad de Vida,
Salud y Enfermedad**

Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Director de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva
Manuel Alfredo González Mayorga

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Elizabeth Coy Jiménez

Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial
Héctor Mario Restrepo

Subsecretario de Servicios De Salud y Aseguramiento
Anabelle Arbelaez Vélez

Director de Provisión de Servicios De Salud
Carlos Julio Pinto Iza

Directora de Planeación Sectorial
Adriana Posada Suárez

Directora de Urgencias y Emergencias En Salud (E)
Diana Constanza Rodríguez Posso

Director de Aseguramiento y Garantía del Derecho A La Salud
Jaime Díaz Chabur

Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva
Grupo ACCVSYE

Alejandro Castaño Vásquez

Guerly A. López

Edizabeth Ramírez Rodríguez

Leonardo Salas Zapata

Diana Sofía Ríos Oliveros

Juliana Damelines Pareja

Kimberly Piñeros

Miriam Ruiz Dionisio

Diane Moyano Romero

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 Sivistra
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Martha Gómez

Profesional especializado
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Libardo Rentería Ledezma

Referente SISVAN.
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública Secretaría
Distrital de Salud de Bogotá
Nohora Pérez Martínez

Referente Salud Mental.
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Henry Alejo Alejo

Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Sandra Patricia Charry Rojas

Profesional Especializado-Dirección de Aseguramiento
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Juan Pablo Berdejo

Coordinación Editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
Ronald Ramírez López

Diseño y diagramación
Harol Giovanni León Niampira

Fotografía portada
www.bogotacomovamos.org

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2019
www.saludcapital.gov.co

Contenido

Presentación	18
Introducción	19
Metodología	20
CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	22
1. Contexto territorial	22
1.1. Localización y división política	22
1.2. Características físicas del territorio	24
1.2.1. Altitud y relieve	27
1.2.2. Hidrografía	27
1.2.3. Clima	30
1.2.4. Zonas de riesgos	31
1.2.4.1. Riesgo por movimientos en masa	31
1.2.4.2. Amenazas por inundación	33
1.2.5. Temperatura y humedad	35
1.2.6. Riesgo sísmico	35
1.2.7. Riesgo tecnológico	37
1.2.8. Riesgo por aglomeraciones	38
1.3. Accesibilidad geográfica	39
1.3.1. Transmilenio	39
1.3.2. Malla vial	40
1.4. Panorama de riesgos en salud pública	43
1.5. Contexto demográfico	50
1.6. Estructura demográfica	57
1.6.1. Proyecciones de población por grupos de edades	58
1.6.2. Otros indicadores de estructura demográfica	60
1.7. Dinámica demográfica	61
1.7.1. Esperanza de vida	65
1.8. Movilidad Forzada	66
1.9. Dinámica migratoria	69
1.9.1. Pirámide de la población extranjera	69
1.9.2. Atenciones en salud a la población extranjera	70
1.9.3. Afiliación en salud de la población extranjera	72
1.10. Conclusiones	73

CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES	75
2. Análisis de la mortalidad	75
2.1. Mortalidad general por grandes causas	75
2.1.1. Años de vida potencialmente perdidos	78
2.2. Mortalidad específica por subgrupo – Tasas ajustadas	84
2.2.1. Mortalidad por enfermedades transmisibles	84
2.2.2. Mortalidad por neoplasias	88
2.2.3. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	91
2.2.4. Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	94
2.2.5. Mortalidad por causas externas	96
2.2.6. Mortalidad por las demás causas	100
2.3. Mortalidad materno infantil y en la niñez	105
2.3.1. Mortalidad en menores de 1 año	105
2.3.2. Mortalidad en niños de 1 a 4 años	107
2.3.3. Mortalidad en niños menores de 5 años	109
2.4. Análisis de desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez	111
2.4.1. Mortalidad materna	111
2.4.2. Mortalidad neonatal	115
2.4.3. Mortalidad infantil	118
2.4.4. Mortalidad en la niñez	120
2.4.5. Mortalidad por EDA	122
2.4.6. Mortalidad por IRA	124
2.4.7. Mortalidad por desnutrición	126
2.5. Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno – infantil	127
2.6. Conclusiones de Mortalidad	129
2.7. Análisis de la morbilidad	131
2.7.1. Principales causas de morbilidad atendida	131
2.7.2. Morbilidad específica por subgrupo	136
2.7.3. Morbilidad de eventos de alto costo	140
2.7.4. Morbilidad de los eventos precursores	141
2.7.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	142
2.7.5.1. Análisis de la peor situación	145
2.8. Análisis de la población en condición de discapacidad	147
2.8.1. Identificación de prioridades principales en la morbilidad	153
2.8.2. Conclusiones de morbilidad	154
2.9. Análisis de los determinantes sociales de la salud DSS	156
2.9.1. Determinantes intermedios de la salud	156
2.9.1.1. Condiciones de vida	156
2.9.1.1.1. Acueducto y alcantarillado	156
2.9.1.2. Seguridad Alimentaria	157
2.9.1.2.1. Malnutrición en menores de 5 años	158
2.9.1.3. Malnutrición en escolares de 5 a 17 años	160

2.9.1.4. El bajo peso al nacer	161
2.9.1.4.1. Malnutrición de la gestante	162
2.9.1.4.2. Condiciones de trabajo	163
2.9.1.5. Factores conductuales, psicológicos y culturales	169
2.9.1.5.1. Consumo de bebidas alcohólicas	170
2.9.1.5.2. Consumo de tabaco o cigarrillo	173
2.9.1.5.3. Violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer	175
2.9.1.6. Sistema Sanitario	177
2.9.1.6.1. Condiciones del sistema sanitario	177
2.9.1.6.2. Barreras de acceso	178
2.9.1.6.3. Análisis de oferta de servicios	179
2.9.1.6.4. Infraestructura	181
2.9.1.6.5. Ambulancias	183
2.9.1.6.6. Apoyo terapéutico	185
2.9.1.6.7. Servicios habilitados en las IPS	186
2.9.1.6.8. Georreferenciación de la oferta de servicios y análisis	191
2.9.1.6.9. Georreferenciación de las sedes de prestadores de servicios de salud	195
2.9.1.6.10. Programa APH y Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE del D. C.	197
2.9.2. Determinantes estructurales de las inequidades en salud	208
2.9.2.1. Educación	208
2.9.2.2. Pobreza e ingresos	210
2.9.2.2.1. Índice de pobreza multidimensional (IPM)	210
2.9.2.2.2. Necesidades Básicas insatisfechas – NBI	212
2.9.2.3. Ocupación	215
CAPITULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS EN SALUD	218
3. Reconocimiento de los principales efectos de salud	218
Bibliografía	223

Tablas

Tabla 1. Población por localidad en Bogotá D. C., 2018	51
Tabla 2. Proyección de Población, Hogares y viviendas por localidad en Bogotá D. C., 2015	52
Tabla 3. Población por pertenencia étnica según sexo, Bogotá D. C., 2015	56
Tabla 4. Auto reconocimiento étnico según sexo en Bogotá D. C., 2017	56
Tabla 5. Auto reconocimiento étnico según localidad en Bogotá D. C., 2017	57
Tabla 6. Proporción de la población por etapa de ciclo vital en Bogotá D. C., 2005, 2010, 2018 y 2020	59
Tabla 7. Índices demográficos de Bogotá D. C., 2005, 2018 y 2020	61
Tabla 8. Otros indicadores de la dinámica de la población de Bogotá D. C.,	63
2005- 2010, 2010-2015, 2015-2020	63
Tabla 9. Otros indicadores de la dinámica de la población en Bogotá D. C., 2017	64
Tabla 10. Esperanza de Vida. Bogotá D. C., 2018	65
Tabla 11. Número de víctimas del conflicto armado, según hecho victimizante de desplazamiento forzado, Bogotá D. C.	66
Tabla 12. Familias desplazadas y recibidas en Bogotá. Bogotá D. C., 2018	69
Tabla 13. Atenciones en salud según procedencia. Bogotá 2017	71
Tabla 14. Número de migrantes atendidos por tipo de atención en Bogotá D. C.	72
Tabla 15. Número de atenciones de población migrante por régimen de afiliación en Bogotá D. C., 2017	73
Tabla 16. Número de años de vida potencial perdidos por grandes causas según sexo. Bogotá D. C., 2005 – 2016	79
Tabla 17. Prioridades comparadas con la nación, Bogotá D. C., 2016	104
Tabla 18. Tasa de mortalidad en niñas y niños menores de 1 año. Bogotá D. C., 2005 – 2016	105
Tabla 19. Tasa de mortalidad en niños menores de 1 año. Bogotá D. C., 2005 - 2016	106
Tabla 20. Tasa de mortalidad en niñas menores de 1 año. Bogotá D. C., 2005 - 2016	106
Tabla 21. Tasa de mortalidad en niños y niñas de 1 – 4 años. Bogotá D. C., 2005 – 2016	107
Tabla 22. Tasa de mortalidad en niños (hombres) de 1 – 4 años. Bogotá D. C., 2005 – 2016	108
Tabla 23. Tasa de mortalidad en niñas de 1 – 4 años. Bogotá D. C., 2005 – 2016	108
Tabla 24. Mortalidad en niños y niñas menores de 5 años. Bogotá D. C., 2005 – 2016	109
Tabla 25. Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años. Bogotá D. C., 2005 – 2016	110
Tabla 26. Tasa de mortalidad en niñas menores de 5 años. Bogotá D. C., 2005 – 2016	110
Tabla 27. Semaforización de la mortalidad materno infantil. Bogotá vs Colombia 2005 – 2016	111
Tabla 28. Indicadores de razón de mortalidad materna por etnia. Bogotá D. C., 2009 – 2016	114
Tabla 29. Indicadores de Razón de mortalidad materna por área de residencia. Bogotá D. C., 2009 – 2016	114
Tabla 30. Tasa de mortalidad neonatal por etnia. Bogotá D. C., 2009 – 2016	117
Tabla 31. Indicadores de tasa de mortalidad neonatal por área de residencia. Bogotá D. C., 2009 – 2016	118

Tabla 32. Priorización de la mortalidad general, específica y materna - infantil. Bogotá D. C., 2016	128
Tabla 33. Principales causas de morbilidad atendida por ciclo vital. Bogotá D. C., 2009 – 2017	133
Tabla 34. Principales causas de morbilidad atendida en hombres por ciclo vital. Bogotá D. C., 2009 – 2017	134
Tabla 35. Principales causas de morbilidad atendida en mujeres por ciclo vital. Bogotá D. C., 2009 – 2017	135
Tabla 36. Morbilidad atendida por condiciones transmisibles y nutricionales por sexo en Bogotá D. C., 2009 – 2017	136
Tabla 37. Morbilidad atendida por Condiciones maternas y perinatales por sexo en Bogotá D. C., 2009-2017	137
Tabla 38. Causas de morbilidad de las condiciones no transmisibles por sexo en Bogotá D. C., 2009 – 2017	138
Tabla 39. Causas de morbilidad de lesiones por sexo en Bogotá D. C., 2009 – 2017	139
Tabla 40. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Bogotá D. C., 2006 – 2016	141
Tabla 41. Morbilidad de los eventos precursores. Bogotá D. C., 2006 – 2017	141
Tabla 42. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria 2016	142
Tabla 43. Casos de leishmaniasis cutánea notificados según rangos de edad semanas 1 a 52 de 2017, Bogotá D. C.	145
Tabla 44. Casos de leishmaniosis mucosa notificados según grupos de edad, semanas 1 a 52 Bogotá D. C., año 2017	146
Tabla 45. Población con discapacidad condición actual vivos, según localidad de resi- dencia y sexo, Bogotá D. C.; 2002-31 de octubre de 2018. Bogotá D. C., (n=234.808), datos preliminares	149
Tabla 46. Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y sexo; Bogotá D. C.; registrada entre 2002-31 de octubre de 2018. Bogotá D. C. (n=234.808), datos preliminares	150
Tabla 47. Población con discapacidad, según limitaciones en las actividades de la vida diaria y sexo; Bogotá D. C.; registrada entre 2002-31 de octubre de 2018. Bogotá D. C., (n= 234.808), datos preliminares	151
Tabla 48. Población con discapacidad, según categorías y sexo; Bogotá D. C.; registrada entre 2002-31 de octubre de 2018. Bogotá D. C. (n= 234.808), datos preliminares	152
Tabla 49. Identificación de las principales prioridades de morbilidad en salud	153
Tabla 50. Comparativo de cobertura de servicios públicos, Bogotá D. C. – Colombia, año 2016	156
Tabla 51. Cobertura de servicios básicos según urbano y rural	156
Tabla 52. Determinantes Intermediarios de la Salud	157
Tabla 53. Distribución de la población abordada según ocupación y sexo. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2018	164
Tabla 54. Intervenciones realizadas según tipo de evento y de asociación. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2018.....	166
Tabla 55. Intervenciones realizadas según tipo de evento y sexo. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2018	166
Tabla 56. Exposición. elevada a sustancias químicas * sexo y edad. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2018	167
Tabla 57. Diagnóstico de enfermedad (condición mórbida) principal. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2018	168

Tabla 58. Determinantes intermedios: factores conductuales, psicológicos y culturales	170
Tabla 59. Indicadores de consumo de alcohol según sexo	171
Tabla 60. Estimaciones e intervalos de confianza (I. de C.) del 95 % para prevalencia último mes de consumo de alcohol según grupos de edad (años)	171
Tabla 61. Edad de inicio del consumo de alcohol según sexo	172
Tabla 62. Prevalencias de consumo de alcohol en escolares – año 2011	172
Tabla 63. Prevalencias de consumo de Marihuana en escolares – año 2011	173
Tabla 64. Prevalencias de consumo de cualquier sustancia ilícita en escolares – año 2011	173
Tabla 65. Indicadores de consumo de tabaco según sexo	174
Tabla 66. Estimaciones e intervalos de confianza (I. de C.) del 95 % para la prevalencia último mes de consumo de tabaco, según grupos de edad (años)	174
Tabla 67. Edad de inicio de consumo de tabaco según sexo	175
Tabla 68. Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual o maltrato infantil captadas a través de subsistema SIVIM, años 2012 – 2016	175
Tabla 69. Distribución de casos de violencia intrafamiliar según tipo de violencia y sexo años 2008-2016*	176
Tabla 70. Distribución de casos de violencia intrafamiliar según clasificación del caso, años 2012-2016*	177
Tabla 71. Condiciones del sistema sanitario. Bogotá D. C., 2016	178
Tabla 72. Once primeras causas de barreras de acceso identificadas por localidad y registradas en el SIPS en el año 2015	179
Tabla 73. Prestadores de servicios de salud de Bogotá D. C., según inscripción al REPS. a diciembre de 2018	179
Tabla 74. Prestadores de servicios de salud de Bogotá D. C., según naturaleza jurídica a diciembre de 2018	180
Tabla 75. Servicios de salud de Bogotá D. C., según inscripción de prestadores al REPS, a diciembre de 2016	181
Tabla 76. Capacidad instalada de la oferta de servicios de salud en el D. C. según naturaleza jurídica del prestador a 2018	182
Tabla 77. Distribución de ambulancias por naturaleza jurídica, Bogotá D. C.	183
Tabla 78. Distribución de la capacidad instalada para apoyo terapéutico en Bogotá D. C., según naturaleza jurídica	185
Tabla 80. Especialidades básicas habilitadas por localidad de Bogotá D. C., 2018	187
Tabla 81. Distribución de servicios de salud de Bogotá D. C., según naturaleza jurídica del prestador, a diciembre de 2018	192
Tabla 82. Distribución de las sedes de los prestadores de servicios de salud de Bogotá D. C., por localidad. A diciembre de 2016	195
Tabla 83. Incidentes de prioridad alta que ingresan mensualmente al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, por tipo de atención, Bogotá D. C., de enero 2017 a noviembre 2018	198
Tabla 84. Despachos de vehículos de emergencia por tipo de despacho y tipo de atención, Bogotá D. C., enero 2017 a noviembre 2018	200
Tabla 85. Despachos fallidos por tipo de atención prestada, según subred de ocurrencia del incidente, Bogotá, enero 2017- noviembre 2018	201

Tabla 86. Población atendida por los equipos de atención pre hospitalaria según género, Bogotá D. C., enero 2017 a noviembre 2018	201
Tabla 87. Población atendida por los equipos de atención pre hospitalaria según responsable del pago, Bogotá D. C., enero 2017 a noviembre 2018	202
Tabla 88. Afiliados por régimen noviembre 2015	206
Tabla 89. EPS y Población del Régimen Subsidiado a noviembre 2018	206
Tabla 90. EPS y población del Régimen Contributivo a noviembre de 2018	207
Tabla 91. Tasas de cobertura bruta de educación según categoría primaria, secundaria y media. Bogotá D. C., 2005 – 2017	209
Tabla 92. Incidencia de pobreza e índice de pobreza multidimensional, según área urbana y rural. Bogotá D. C., 2015	210
Tabla 93. Porcentaje de hogares que sufren privación según variable. Bogotá D. C., 2015	211
Tabla 94. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, total, cabecera y resto, según área de medición. Bogotá D. C., 2011	212
Tabla 95. Necesidades básicas insatisfechas - NBI, total, cabecera y resto	213
Tabla 96. Coeficiente de Gini. Colombia y Bogotá D.C., periodo 2008 – 2017	214
Tabla 97. Línea de Indigencia. Bogotá D. C., periodo 2008-2012	215
Tabla 98. Tasa de ocupación Bogotá D. C., periodo 2010-2017	216
Tabla 99. Priorización de los efectos en salud, Bogotá D. C., 2016	219

Graficos

Gráfico 1. Pirámide poblacional para Bogotá D. C., 2005, 2018 y 2020	58
Gráfico 2. Cambio en la proporción de la población por grupo de edad en Bogotá D. C., 2005, 2010, 2017, y 2020	59
Gráfico 3. Población por sexo y grupos de edad para Bogotá D. C., año 2018	60
Gráfico 4. Dinámica demográfica - valores absolutos, Bogotá D. C., 2005 a 2017	62
Gráfico 5. Esperanza de vida al nacer, por sexo y total, Bogotá D. C., 1885 – 2020	66
Gráfico 6. Número de víctimas residentes en Bogotá D. C., de acuerdo al hecho victimizante que han declarado	68
Gráfico 7. Pirámide poblacional de migrantes atendidos en Bogotá D. C.	70
Gráfico 8. Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas. Bogotá D. C., 2015 – 2016	76
Gráfico 9. Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas en hombres, Bogotá D. C., 2005 – 2016	77
Gráfico 10. Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas en mujeres, Bogotá D. C., 2005 – 2016	78
Gráfico 11. Porcentaje de AVPP por grandes causas. Bogotá D. C., 2005 – 2016	80
Gráfico 12. Tasa de años de vida potencialmente perdidos x 100.000 habitantes. Bogotá D. C., 2005 - 2016	81
Gráfico 13. Tasa y Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos x 100.000 hombres. Bogotá D. C., 2005 – 2016	82
Gráfico 14. Tasa y Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos x 100.000 hombres. Bogotá D. C., 2005 – 2016	82
Gráfico 15. Tasa y Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos x 100.000 mujeres. Bogotá D. C., 2005-2016	83
Gráfico 16. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles. Bogotá D. C., 2005 - 2016	85
Gráfico 17. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por enfermedades transmisibles. Bogotá D. C., 2005 - 2016	86
Gráfico 18. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por enfermedades transmisibles. Bogotá D. C., 2005 – 2016	87
Gráfico 19. Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias. Bogotá D. C., 2005 – 2016	88
Gráfico 20. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por neoplasias. Bogotá D. C., 2005 - 2016	89
Gráfico 21. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por neoplasias. Bogotá D. C., 2005 – 2016	90
Gráfico 22. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. Bogotá D. C., 2005 – 2016	91
Gráfico 23. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por enfermedades del sistema circulatorio. Bogotá D. C., 2005 – 2016	92

Gráfico 24. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por enfermedades del sistema circulatorio. Bogotá D. C., 2005 – 2016	93
Gráfico 25. Casos de mortalidad por ciertas afecciones en el periodo perinatal. Bogotá D. C., 2005 – 2016	94
Gráfico 26. Casos de mortalidad en mujeres por ciertas afecciones en el periodo perinatal. Bogotá D. C., 2005 – 2016	95
Gráfico 27. Casos de mortalidad en hombres por ciertas afecciones en el periodo perinatal. Bogotá D. C., 2005 – 2016	96
Gráfico 28. Tasa ajustada de mortalidad por causas externas. Bogotá D. C., 2005 – 2016 ..	97
Gráfico 29. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por causas externas. Bogotá D. C., 2005 – 2016	98
Gráfico 30. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por causas externas. Bogotá D. C., 2005 – 2016	99
Gráfico 31. Tasa ajustada de mortalidad por las demás causas. Bogotá D. C., 2005 – 2016	101
Gráfico 32. Tasa ajustada de mortalidad en las mujeres por las demás causas. Bogotá D. C., 2005 – 2016	102
Gráfico 33. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por las demás causas. Bogotá D. C., 2005 – 2016	103
Gráfico 34. Razón de Mortalidad Materna. Bogotá vs Colombia 2005 – 2016	112
Gráfico 35. Gradiente de salud según NBI, mortalidad materna, periodo 2010 – 2012 vs 2014 - 2016	113
Gráfico 36. Curvas de concentración de la desigualdad en salud en la mortalidad materna según NBI, Bogotá D. C., Periodos 2010 - 2012 y 2014-2016	113
Gráfico 37. Tasa de Mortalidad Neonatal. Bogotá vs Colombia 2005 – 2016	115
Gráfico 38. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad Neonatal, Bogotá D. C., años 2011 vs 2016	116
Gráfico 39. Curvas de concentración de la desigualdad en salud en la mortalidad neonatal según NBI, Bogotá D. C., años 2011 vs 2016	116
Gráfico 40. Tasa de mortalidad infantil. Bogotá vs Colombia 2005 – 2016	118
Gráfico 41. Gradiente de salud según NBI, mortalidad infantil, Bogotá D. C., años 2011 vs 2016	119
Gráfico 42. Curvas de concentración de la desigualdad en salud en la mortalidad infantil según NBI, Bogotá D. C, años 2011 vs 2016	120
Gráfico 43. Tasa de mortalidad en la niñez. Bogotá vs Colombia 2005 – 2016	121
Gráfico 44. Gradiente de salud según NBI, mortalidad menores de 5 años, Bogotá D. C., años 2011 vs 2016	121
Gráfico 45. Curvas de concentración de la desigualdad en salud en la mortalidad menores 5 años según NBI, Bogotá D. C., años 2011 vs 2016	122
Gráfico 46. Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años. Bogotá vs Colombia 2005 – 2016 periodos 2010 – 2012 vs 2014 – 2016	123
Gráfico 47. Gradiente de salud según NBI, mortalidad por EDA en menores de 5 años, periodos 2010 – 2012 vs 2014 – 2016	123

Gráfico 48. 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 2014-2016	124
Gráfico 49. Tasa de mortalidad por Infección respiratoria aguda en menores de 5 años. Bogotá vs Colombia 2005 – 2016	125
Gráfico 50. Gradiente de salud según NBI, mortalidad por IRA en menores de 5 años, periodos 2010 – 2012 vs 2014 – 2016	125
Gráfico 51. 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 2014-2016	126
Gráfico 52. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Bogotá vs Colombia 2005 – 2016	127
Gráfico 53. Pirámide poblacional de población con discapacidad condición actual vivos, 2002-31 de octubre de 2018. Bogotá D. C., (N=234.690)	148
Gráfico 54. Estado nutricional en niños y niñas menores de 5 años, según indicador talla para la edad, captados al SISVAN- SDS. Bogotá D. C., 2010- 2018* ...	158
Gráfico 55. Estado nutricional en niños y niñas menores de 5 años, según indicador peso para la edad, captados al SISVAN- SDS. Bogotá D. C., 2010- 2018*	159
Gráfico 56. Estado nutricional en menores de 5 años captados por el SISVAN, según el indicador peso para la talla. Bogotá D. C., 2010- 2018*	160
Gráfico 57. Estado nutricional de 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- 2018*	161
Gráfico 58. Proporción de bajo peso al nacer en Bogotá D. C., 2010-2018*	162
Gráfico 59. Estado Nutricional de Gestantes captadas por el SISVAN según el indicador IMC para la Edad Gestacional. Bogotá, 2009- 2018*	163
Gráfico 60. Distribución de la población abordada según sexo y edad. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2018	165
Gráfico 61. Distribución de accidentes por tipo de lesión. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2018	169
Gráfico 62. Oferta de ambulancias Bogotá D. C., 2010-2018 según naturaleza jurídica	184
Gráfico 63. Distribución de la oferta de apoyo terapéutico Bogotá D. C., 2018 según naturaleza jurídica del prestador	186
Gráfico 64. Proporción de incidentes que ingresan mensualmente al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, por tipo de atención, Bogotá D. C., de enero 2017 a noviembre 2018	197
Gráfico 65. Proporción mensual de despachos de vehículos de emergencia por tipo de despacho, Bogotá D. C., enero 2017 a noviembre 2018	199
Gráfico 66. Población atendida por los equipos de atención pre hospitalaria según responsable del pago, Bogotá D. C., enero 2017 a noviembre 2018	203
Gráfico 67. Distribución de la población por condición de aseguramiento con corte a noviembre 2018	204

Gráfico 68. Análisis de variación de la población según régimen de afiliación al SGSSS	205
Gráfico 69. Coeficiente de Gini. Colombia y Bogotá D. C., periodo 2008 – 2017	214
Gráfico 70. Población económicamente activa. Bogotá D. C., 2010 -2017	216
Gráfico 71. Tasa de desempleo en Bogotá D. C., 2010 - 2017	217
Gráfico 72. Tasa de ocupación. Bogotá D. C., 2010 – 2017	217

Mapas

Mapa 1. División política-administrativa en Bogotá D. C., 2015	23
Mapa 2. Estructura ecológica principal. Bogotá D. C.	25
Mapa 3. Estructura socio-económica y espacial	26
Mapa 4. Fuentes hídricas, Bogotá D. C. 2015	28
Mapa 5. Plano de amenaza de inundación por desbordamiento	34
Mapa 6. Respuesta sísmica en Bogotá D. C., 2013	36
Mapa 7. Ejes Viales de Bogotá D. C., 2015	41
Mapa 8. Tasa de viajes en transporte público por persona que viaja	43
Mapa 9. Densidad poblacional por localidad (habitantes por Km ²). Bogotá D. C., 2018	54
Mapa 10. Distribución de población, hogares y viviendas por localidad y Unidad de Planificación Zonal (UPZ), Bogotá D. C., 2015	55
Mapa 11. Índice de necesidades en salud, Bogotá D. C., 2018	221

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 2018, 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 éstos 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 estos 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 2018.

Metodología

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Bogotá se realizó con la información disponible en las fuentes oficiales hasta diciembre de 2018 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 2018, y el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, con fecha de actualización 15 de noviembre de 2018.

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 2016 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 2017. La información sobre eventos de interés en salud pública, provino del Sistema de vigilancia de la salud pública (Sivigila) entre 2007 y 2016; 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 2015, Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) para 2015, Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2016, informes de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis) de 2017.

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 ,3.1. 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) (Sanidade, 2014). 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 grandes 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, relativas y curvas de concentración para los eventos relacionados con la mortalidad materna infantil y la niñez.

CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

1. Contexto territorial

1.1. Localización y división política

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. La ciudad domina una longitud de sur a norte de 33 km y de Oriente a Occidente 16 km.

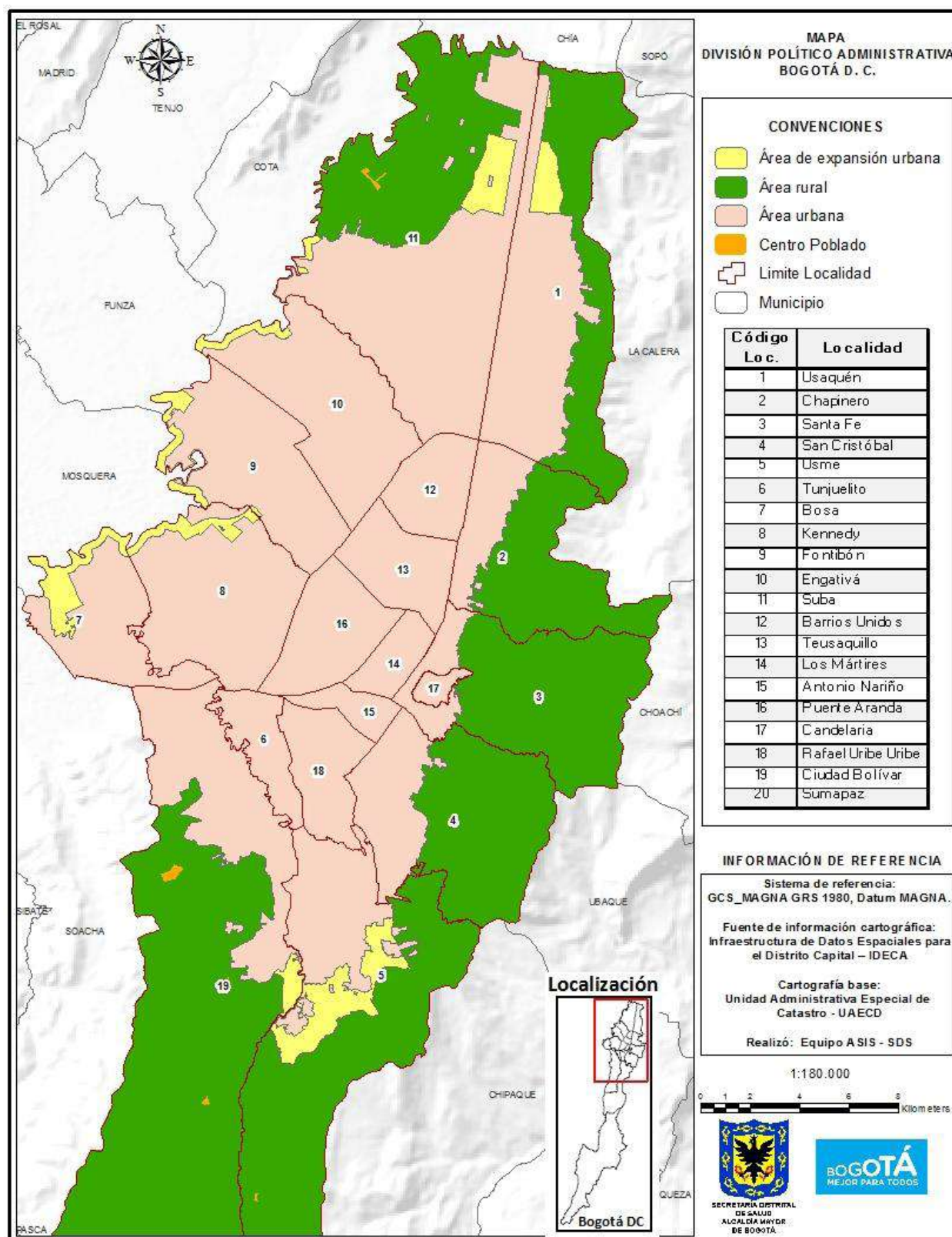
Se encuentra ubicada sobre el Altiplano Cundiboyacense, entre los relieves de montaña media y alta en la Cordillera Oriental de los Andes, 2500 y 4000 metros sobre el nivel del mar – msnm-. Cuenta con un área total de 1776 Km² entre su parte urbana, rural y suburbana; sus formaciones montañosas representativas son el Cerro de Monserrate y el Cerro de Guadalupe; su elevación oscila entre 2500 y 3250 msnm.

Para el año 2018 el DANE estimó en Bogotá una población de 7.150.000 personas y un total de 2.678.371 hogares, 2.378.073 viviendas ocupadas y 2.469.094 viviendas (Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020 de Hogares Nacional y Departamental por Área). Paralelamente el DANE y la Secretaría de Planeación distrital estiman que la población para el 2020 será de unas 8'380.000 personas, y en la mitad de siglo serán casi 3,7 millones más, llegando a unas 11'048.700 personas.

Administrativa y gubernamentalmente el Distrito Capital de Bogotá, se subdivide en 20 localidades cada una con alcaldía local, donde 19 localidades son principalmente urbanas y 1 localidad es rural. Los alcaldes locales son nombrados por el Alcalde Mayor, según una terna presentada por cada Junta Administradora Local JAL, después de un proceso meritocrático abierto a la ciudadanía. Paralelamente, los alcaldes locales manejan el 10 % del presupuesto de Bogotá, que es dividido en las 20 localidades, según su número de habitantes y sus necesidades.

Cada localidad cuenta con una Junta Administradora Local -JAL-, la cual es 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).

Mapa 1. División política-administrativa en Bogotá D. C., 2015



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

La ciudad también se encuentra subdivida para su planificación territorial en 116 Unidades de Planeación Zonal –UPZ en las áreas urbanas y en 4 Unidades de Planeación Rural -UPR-. Las UPZ están contenidas en las localidades y su función es servir de unidades territoriales o sectores para planificar el desarrollo urbano en el nivel zonal.

En cuanto a la atención en salud durante el actual plan territorial de salud, la ciudad ha sido agrupada en 4 subredes de atención así:

- Subred Norte conformada para la atención de las localidades de Engativá, Suba, Usaquén, Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo.
- Subred Centro Oriente conformada para la atención de las localidades de La Candelaria, Los Mártires, Santa Fe, Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal.
- Subred Sur conformada para la atención de las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Usme y Tunjuelito.
- Subred Sur occidente conformada para atención de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda.

1.2. Características físicas del territorio

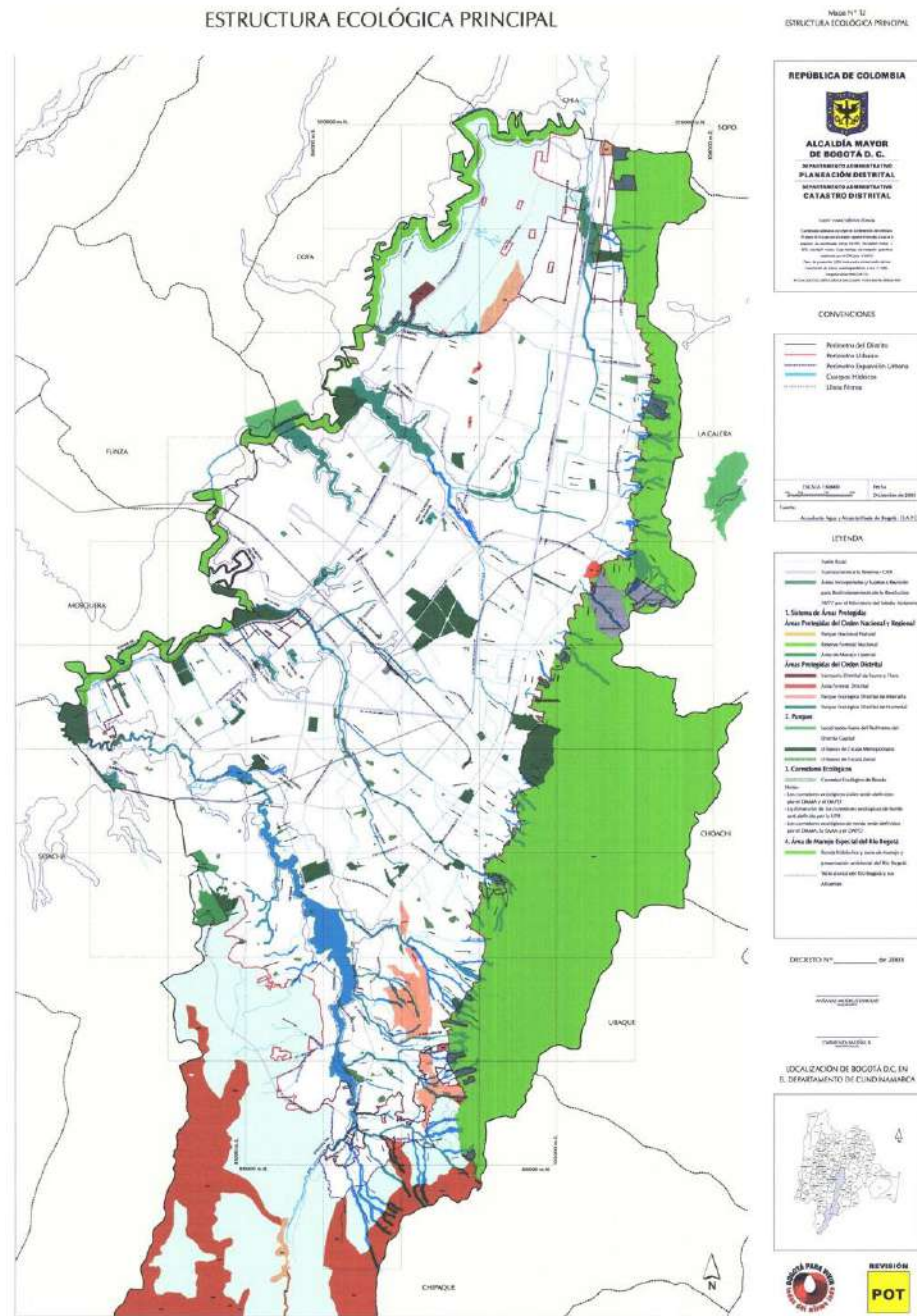
Bogotá tiene un área total de 1 63.663 hectáreas (incluyendo la localidad de Sumpaz) y un área urbana de 307,4 km² (en 1996). Según los resultados del Censo Inmobiliario realizado para la vigencia 2018 muestran que Bogotá cuenta con 283.240.679 m² de área construida, lo que indica un incremento de 1,7 % respecto la vigencia anterior. Paralelamente se incorporaron de 7 millones de m² en área construida, equivalentes a 28 barrios promedio.

Los nuevos metros cuadrados de área construida en Bogotá se encuentran principalmente en las localidades de Usaquén (1.235.442), Suba (779.006) y Ciudad Bolívar (696.739).

Por su parte las localidades de, Usaquén, Suba y Chapinero, fueron las que más demoliciones presentaron.

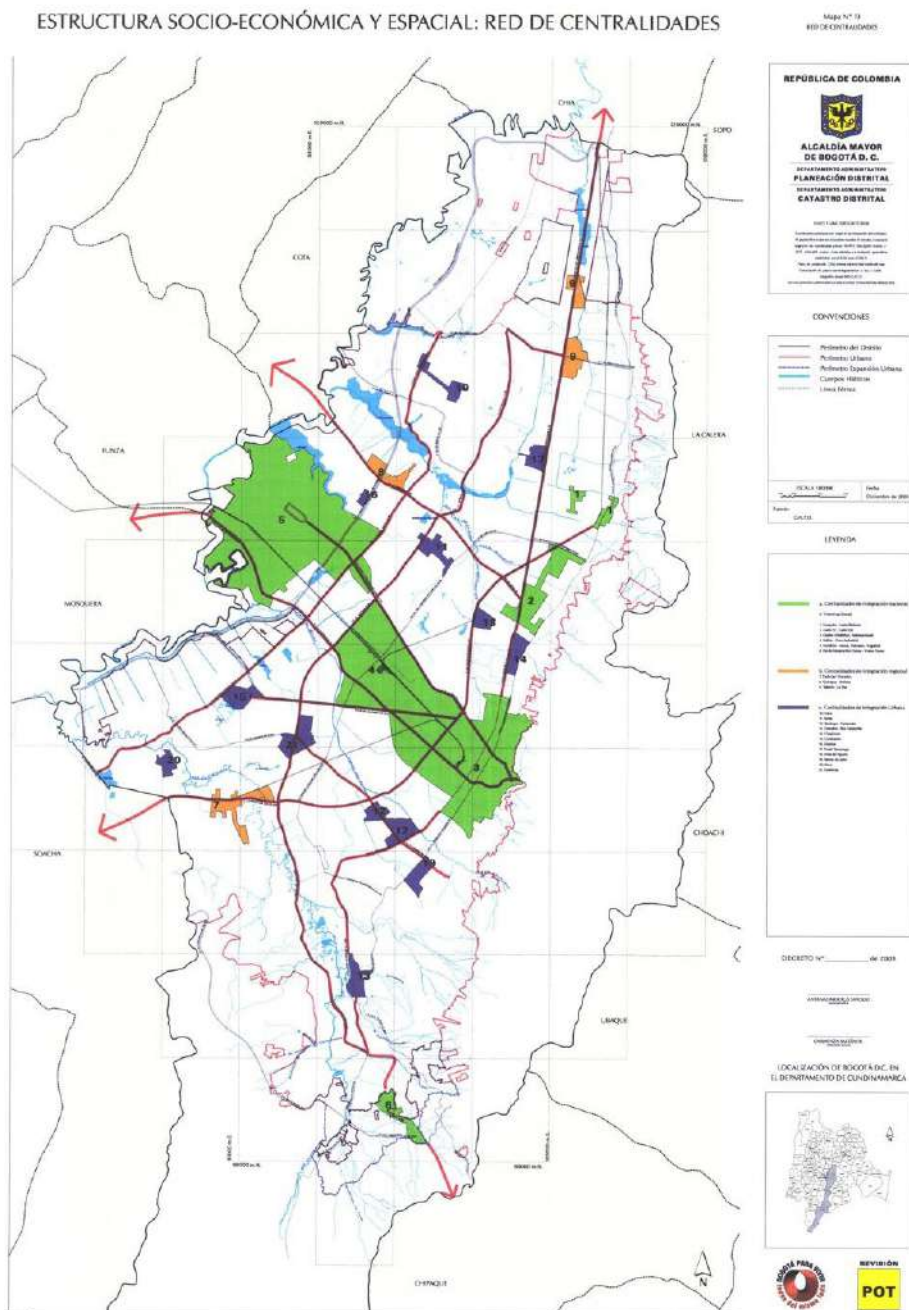
La estructura física urbana de la ciudad a partir del decreto 879 de 1998 ha sido ordenada por medio del Plan de Ordenamiento Territorial, el cual según la Cámara de Comercio de Bogotá (2018) actualmente se encuentra orientado bajo tres principios básicos:

- Protección y tutela del ambiente y los recursos naturales, así como su valoración a manera de sustrato básico del ordenamiento territorial;
- Perfeccionamiento y optimización de la infraestructura para la movilidad y la prestación de servicios públicos y sociales para todos los ciudadanos del Distrito Capital en perspectiva regional,
- Integración socio económica y espacial del territorio urbano rural a nivel internacional, nacional y con la red de ciudades prevista para la región Bogotá Cundinamarca y departamentos vecinos.



- La estructura funcional de servicios: Sistema de movilidad, Sistema de equipamientos urbanos, sistema de espacio público construido (parques y espacios peatonales), sistemas generales de servicios públicos (acueducto, saneamiento básico, telecomunicaciones, energía eléctrica y gas).
- La estructura socio económica y espacial: Centralidades de integración nacional e internacional, centralidades de integración regional y centralidades de integración urbana.

Mapa 3. Estructura socio-económica y espacial



Fuente: Cámara de Comercio de Bogotá. <http://recursos.ccb.org.co/ccb/pot/PC/files/img/13-estructura-socioeconomicaG.jpg>

Tales decisiones afectan de forma integral e interdependiente todo el territorio urbano, de expansión y rural del distrito capital (Camara de comercio de Bogotá, 2018).

1.2.1. Altitud y relieve

La ciudad de Bogotá, está situada en la región socioeconómica de la sabana del mismo nombre, sobre el Altiplano Cundiboyacense de la cordillera Oriental de los Andes a una altitud promedio de 2.640 metros sobre el nivel del mar. De acuerdo con el Instituto de Estudios Urbanos de Bogotá, nuestra región presenta dos grandes unidades morfoestructurales:

- Una zona plana suavemente inclinada, constituida por una llanura cuaternaria de origen fluvio-lacustre, bordeada de algunos conos aluviales y depósitos coluviales.
- 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.

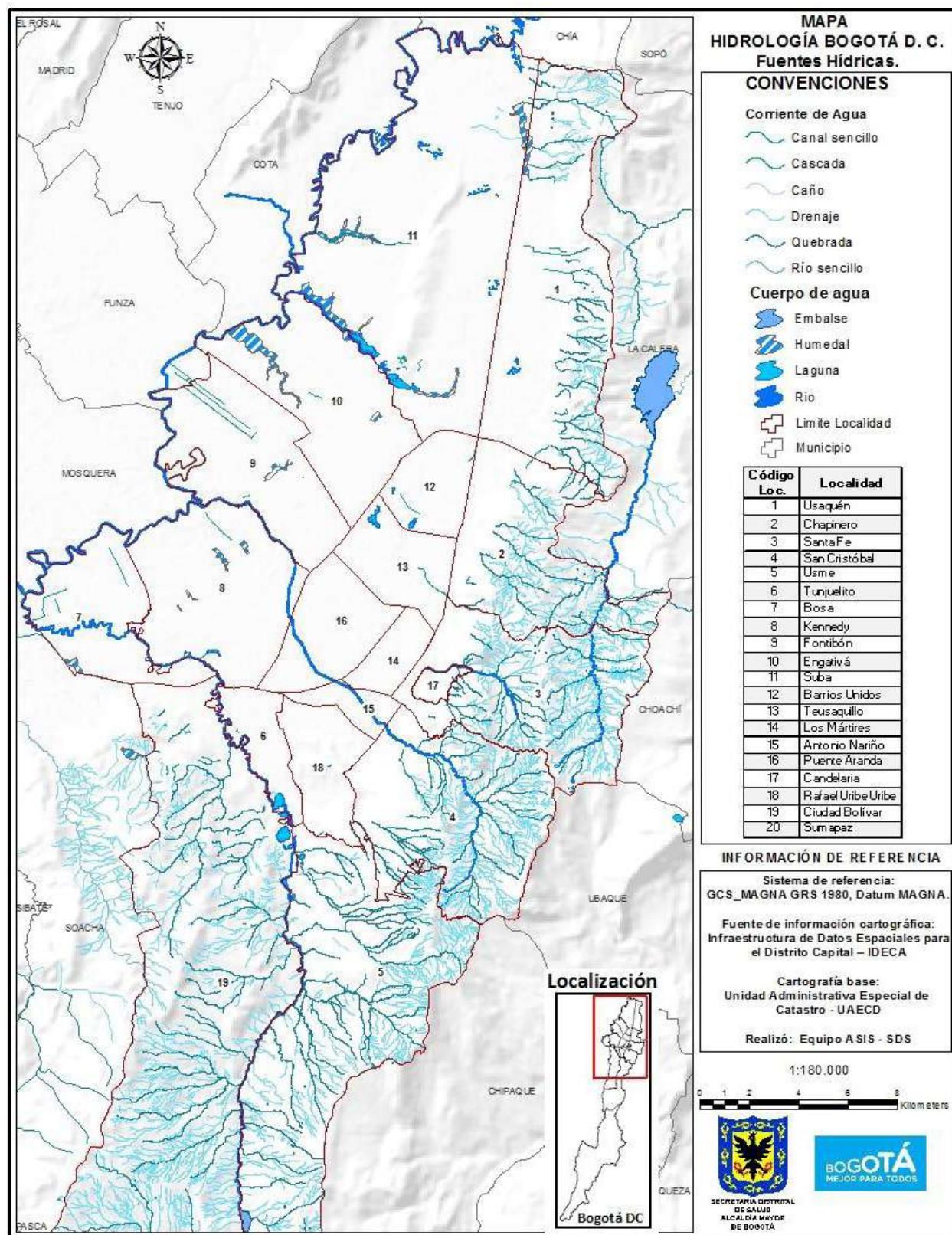
La ciudad se encuentra delimitada por los cerros orientales, los cuales poseen en promedio pendientes del 50 % denominadas “fuertemente escarpadas”, con alturas entre los 2700 y 3000 msnm. Los principales problemas presentados en los cerros orientales son: (a) Importantes coberturas de bosques exóticos 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 con configuran hábitats naturales de mamíferos, aves, reptiles, anfibios, moluscos e insectos; en ellos nacen gran cantidad de a fuentes 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.

1.2.2. 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.

Mapa 4. Fuentes hídricas, Bogotá D. C. 2015



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

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.

Las cuencas de los ríos Salitre, Fucha y Tunjuelo, presentan afectaciones en cuanto a la calidad del agua principalmente en las zonas urbanas. La calidad del agua en la ciudad ha sido medida en diferentes periodos a través del Índice de Calidad de Agua -ICAO Water Quality Index WQly expuesta en el portal de mapas Bogotá hasta la fecha (2018). Según el Observatorio Ambiental de Bogotá, el índice WQI permite evaluar la calidad del agua en una escala de 0 a 100, agrupada así: Entre 95 y 100: Excelente, 80 y 94: Buena, 65 y 79: Aceptable, 45 y 64: Marginal, 0 y 44: Pobre. Es importante mencionar que este índice no define la calidad del agua para consumo humano.



Haciendo una revisión de la información geográfica contenida en el portal de mapas Bogotá de IDECA 2018, se encontraron datos geográficos pertenecientes a la Secretaría Distrital de Ambiente (2018) que exponen con un ICA pobre a los ríos **Tunjuelo** (tramo 4 Localidad de Bosa), **Fucha** (tramos 2 y 4 en los sectores Tintal y la Magdalena de la localidad de Kennedy) y **Salitre** (tramos 2, 3 y 4 entre las localidades de Teusaquillo, Barrios Unidos, Engativá y Suba).



Por su parte la calidad de agua excelente la presentan los cuerpos de agua que nutren dichos ríos, en las partes más próximas su nacimiento sobre los cerros orientales principalmente (Secretaría Distrital de Ambiente. Subdirección del Recurso Hídrico y del Suelo, 2017). Bogotá posee un gran número de cuerpos de agua, y ecosistemas de páramo que componen la estructura hidrográfica, sin embargo, la demanda de agua en la ciudad y la región del altiplano capitalino proyectan serias preocupaciones en las cualidades hídricas de la ciudad para el 2050.



La secretaría de ambiente a través del portal IDECA (2018), expone que posiblemente para las localidades de Usaquén, Barrios Unidos, Teusaquillo, Chapinero, Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Usme, Rafael Uribe Uribe y Sumapaz existirá una vulnerabilidad de regulación hídrica alta, mientras que en la localidad de Bosa se espera una vulnerabilidad baja (Secretaría Distrital de Ambiente - Dirección de Gestión Ambiental, 2018). En cuanto a la vulnerabilidad en calidad de agua según los datos expuestos al 2050, las localidades de Ciudad Bolívar; Los Mártires y Puente Aranda presentaran una vulnerabilidad alta (Secretaría Distrital de Ambiente - Dirección de Gestión Ambiental, 2018).

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 4, 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.

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 semi-húmedo, correspondientes principalmente a la parte urbana de la ciudad. En cuanto al clima muy frío semi-húmedo, 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 Fe, 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 & Escobar, 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 (Ramos C, Trujillo -Vela, & Prada S, 2015).

1.2.4. Zonas de riesgos

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 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).

Las localidades con mayor susceptibilidad a presentar deslizamientos de acuerdo a su calificación de amenaza son: Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal, Usaquén y Rafael Uribe Uribe. En la ciudad se han identificado más de 200 sitios críticos por deslizamientos, los cuales son objeto de visitas de inspección periódica como parte de las estrategias de gestión de riesgos para las temporadas de lluvias del año.

Durante el 2018, el IDIGER reportó 5 puntos críticos de remoción en masa durante el mes de abril en los sectores de La quebrada la Chingaza en la localidad de San Cristóbal, la Quebrada Hoya del Ramo en la Localidad de Usme, El Peñón del Cortijo en la localidad de Ciudad Bolívar, y Horizontes Norte y la Quebrada San Cristóbal ambas en la localidad de Usaquén.

La remoción en masa se puede ver afectada a futuro, si se consideran las proyecciones de la Vulnerabilidad por Degradación del Suelo a 2050, expuestas en el portal de Mapas Bogotá 2018, las cuales evidencian que las localidades de Ciudad Bolívar, Tunjuelito, Santa Fe y Rafael Uribe Uribe presentaran una vulnerabilidad alta.

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, ocurre 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 y agosto-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, re naturalización y trabajo comunitario (IDIGER, 2010).

1.2.4.2. Amenazas por inundación

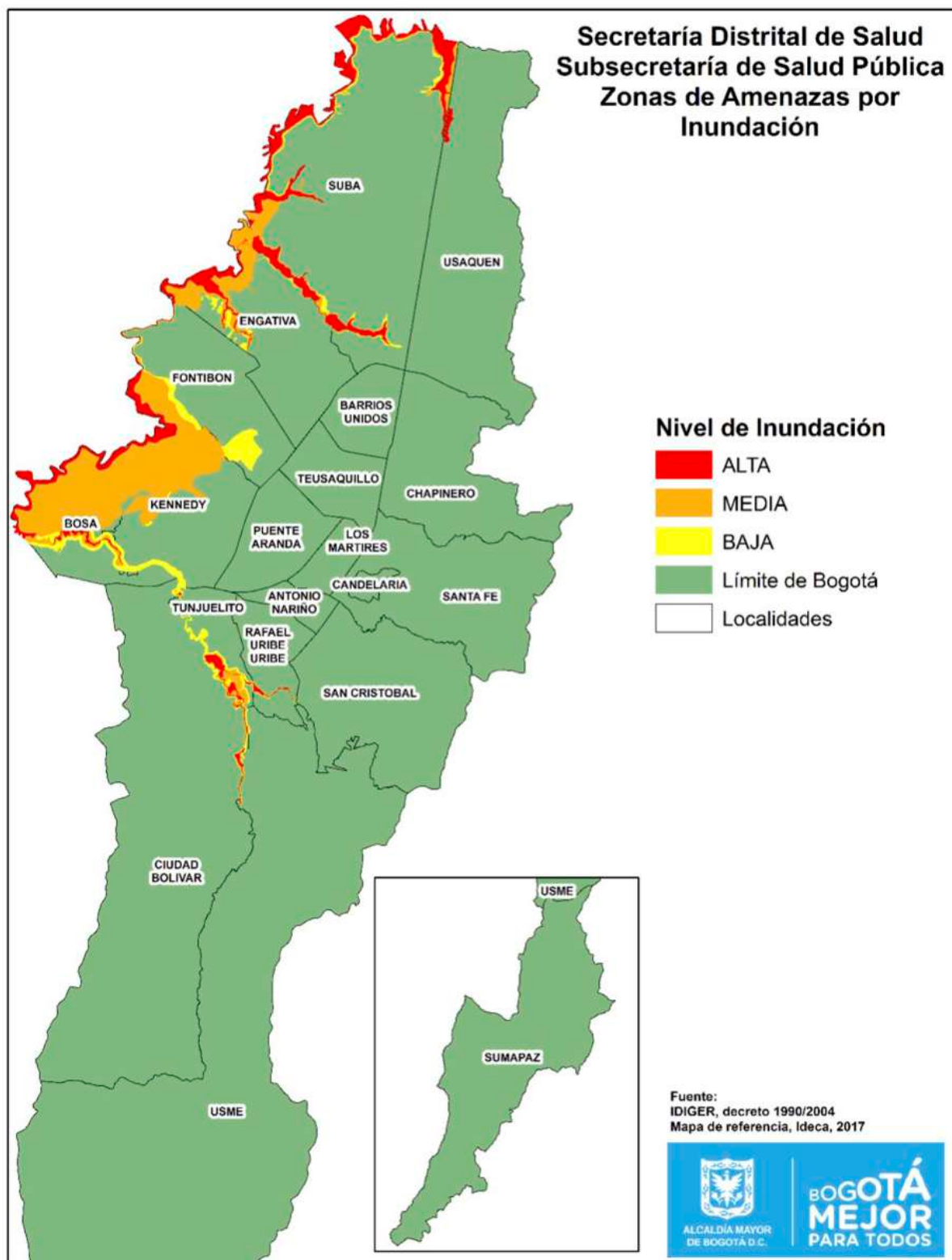
La ciudad se encuentra dividida en cuatro cuencas de drenaje correspondiente a los ríos: Juan Amarillo o Salitre, Fucha o San Cristóbal y el Tunjuelo, los cuales transcurren en sentido oriente a occidente; y el río Torca que transcurre en sentido sur – norte; y desembocan en el Río Bogotá.

El 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.

De acuerdo al IDIGER 2010, 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 (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.

Mapa 5. 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.

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 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.

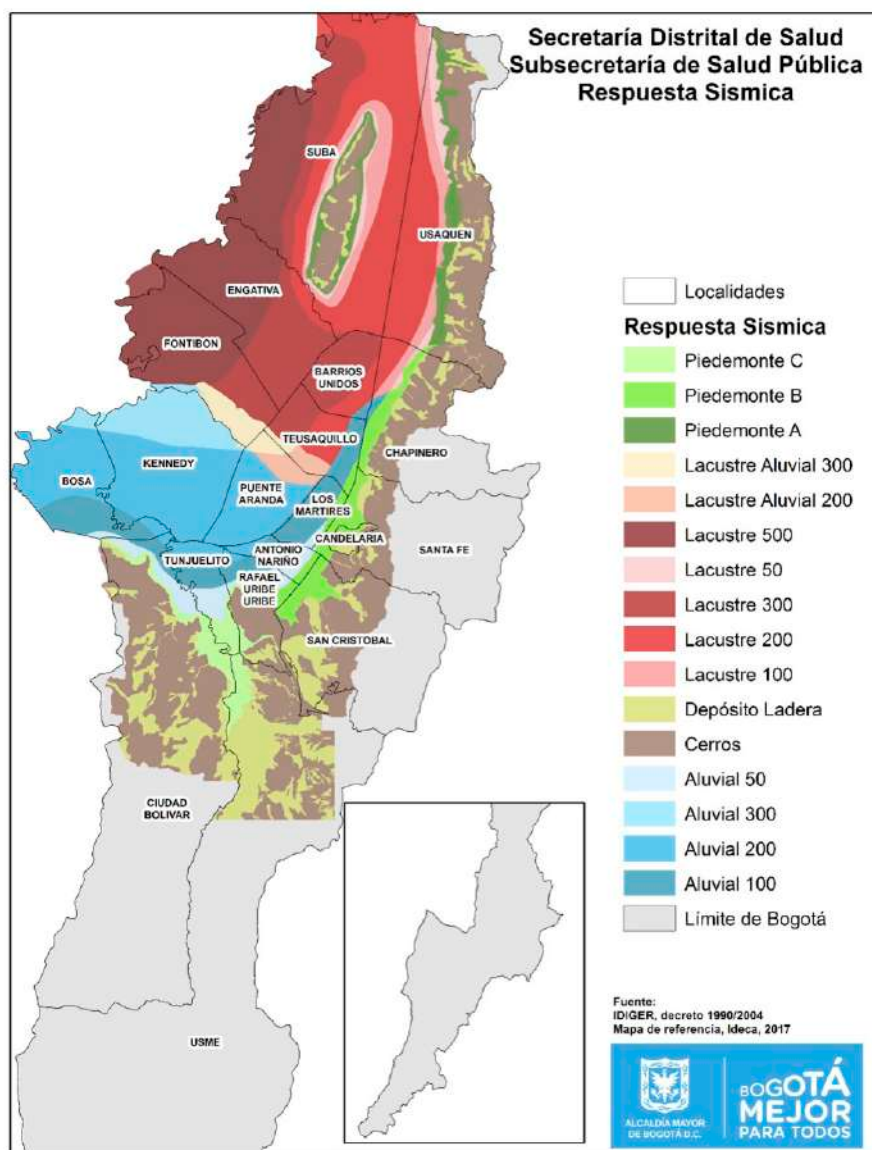
1.2.6. Riesgo sísmico

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, Santa Fe, 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 6. 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](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 sílo 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.

1.2.7. 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.

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 establecimientos, 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.

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, es ocurrido 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.

1.2.8. Riesgo por aglomeraciones

El IDIGER (2018) define que 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 en:

- 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.

1.3. 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.

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) Monteblando, 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.

1.3.1. Transmilenio

En 1998 se inició la construcción del denominado Sistema de Transporte Masivo del Tercer Milenio “TransMilenio” y en el 2000 entró en funcionamiento. Está compuesto de vehículos articulados troncales, y 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. Esta red cuenta con servicio de cicloparqueo, 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).

1.3.2. Malla vial

De acuerdo con el Observatorio de Estudios Urbanos de Bogotá (2017), 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.

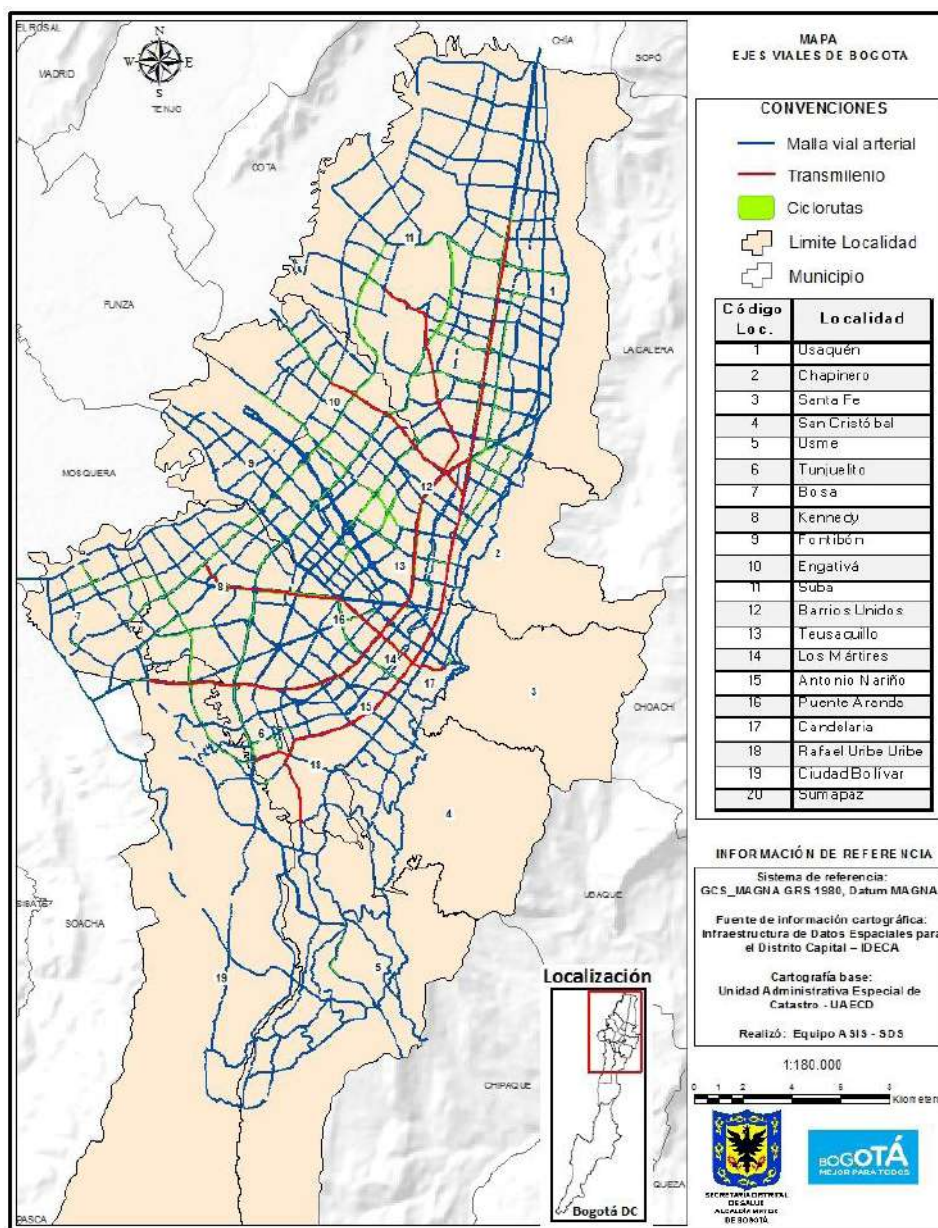
Dichas vías constituyen un sistema interconectado de cuatro mallas jerarquizadas de acuerdo a sus características funcionales en materia de centralidad, volumen de tránsito, y conectividad entre las mismas. De acuerdo con la clasificación del DAPD, se distingue:

- 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.

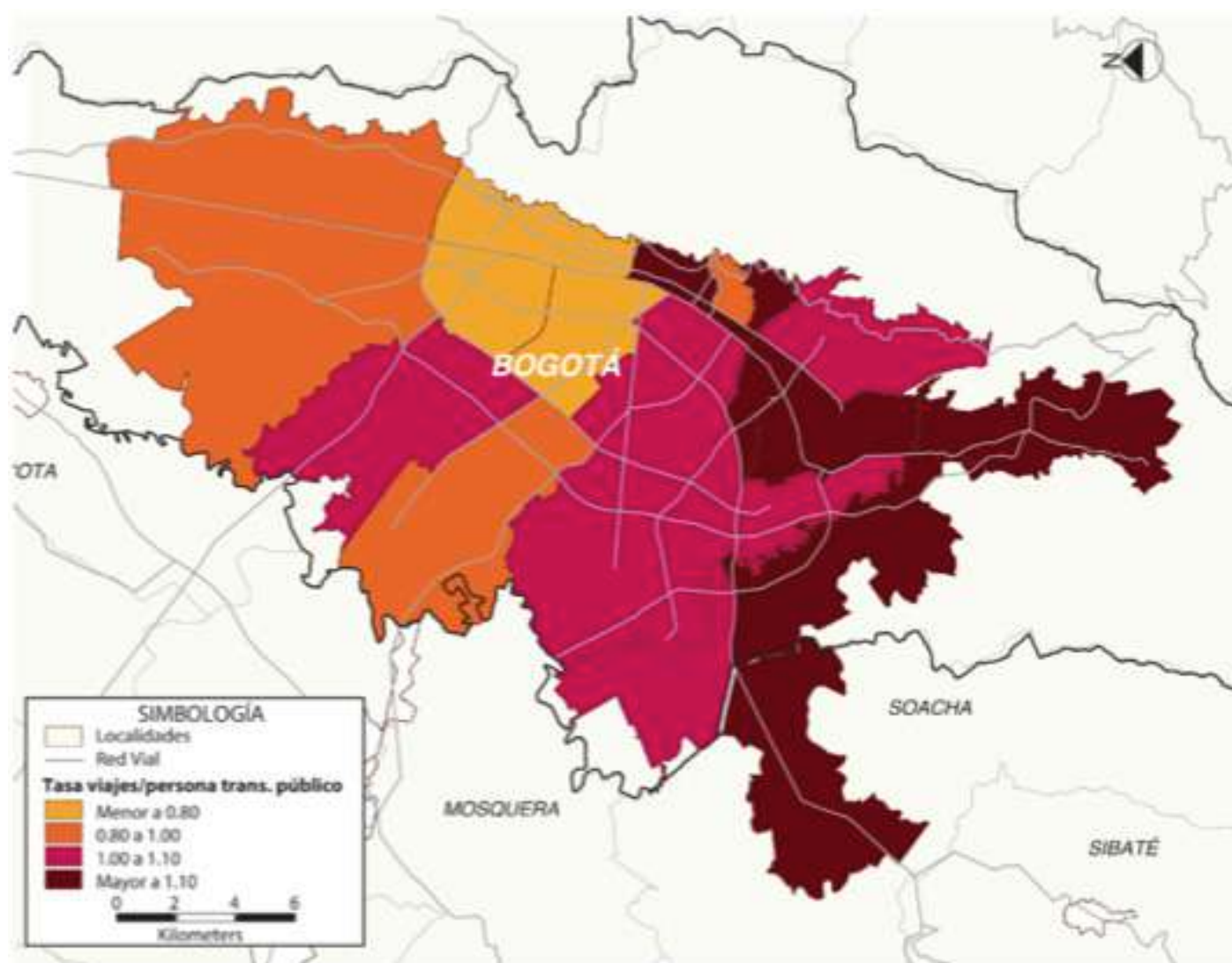
Con cerca del 40 % de los viajes al interior de Bogotá, el transporte público masivo, colectivo e individual, es una de las formas más importantes de movilización de la ciudadanía. Es la columna vertebral de las actividades económicas y de la calidad de vida de la ciudad. Actualmente, se compone del 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. Tasa de viajes en transporte público por persona que viaja

Fuente: Encuesta de movilidad urbana 2015 (Secretaría de movilidad, 2015).

1.4. 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 Inmediata 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 de 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 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.

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 Fe

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 el riesgo de nuevos eventos.

1.5. Contexto demográfico

Para el año 2018, la ciudad tiene 8.141.047 habitantes distribuidos en 20 localidades y 119 Unidades de Planificación Zonal (UPZ) con un área aproximada de 1.628,4 kilómetros cuadrados que conforman el Distrito Capital; lo que representa una densidad poblacional aproximada de 5.025 habitantes por kilómetro cuadrado. Es la mayor aglomeración de personas del país equivalente al 16,39 %, superando a la segunda a nivel nacional Medellín (Departamento de Antioquia) con 2.508.452 habitantes equivalente al 5,09 %.

Tabla 1. Población por localidad en Bogotá D. C., 2018

	Localidad	Mujeres	Hombres	Total	Porcentaje
1	Usaquén	220.965	254.310	475.275	5,8
2	Chapinero	60.592	65.600	126.192	1,5
3	Santa Fe	47.419	46.438	93.857	1,1
4	San Cristóbal	190.493	201.727	392.220	4,8
5	Usme	167.691	175.249	342.940	4,2
6	Tunjuelito	92.442	93.941	186.383	2,3
7	Bosa	367.160	386.336	753.496	9,2
8	Kennedy	600.824	629.715	1.230.539	15,0
9	Fontibón	200.058	223.980	424.038	5,2
10	Engativá	424.898	458.421	883.319	10,8
11	Suba	626.954	688.555	1.315.509	16,1
12	Barrios Unidos	136.457	133.823	270.280	3,3
13	Teusaquillo	66.681	73.454	140.135	1,7
14	Los Mártires	47.347	45.901	93.248	1,1
15	Antonio Nariño	53.772	55.427	109.199	1,3
16	Puente Aranda	109.029	109.526	218.555	2,7
17	La Candelaria	11.973	10.270	22.243	0,3
18	Rafael Uribe Uribe	170.270	177.753	348.023	4,3
19	Ciudad Bolívar	364.946	383.066	748.012	9,1
20	Sumapaz	3.878	3.706	7.584	0,1
	TOTAL	3.963.849	4.217.198	8.181.047	100,0

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación (SDP). Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Bolefín No.69 Bogotá ciudad de estadísticas. Proyecciones de Población por Localidades para Bogotá 2016-2020.

Se observa que las localidades más pobladas son Suba (16,1 %) del total de la población de la ciudad), Kennedy (15 %) y Engativá (10,8 %).

Con respecto al área de residencia, según las estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el periodo 2018, la población de Bogotá se encuentra concentrada casi en su totalidad en el área urbana con el 99,9 % del total de habitantes (8.173.463), y el complemento 0,1 % del total de habitantes (7.584) corresponde a la población de la localidad de Sumapaz que vive en área rural, (Tabla 2).

En el mapa 9, se evidencia la concentración de población respecto a los kilómetros cuadrados para cada localidad, en donde en color amarillo claro se observan las localidades en donde hay menos habitantes por kilómetros cuadrados, es decir las localidades de Sumapaz, Usme y Santa Fe, y sube de tonalidad en las localidades de Rafael Uribe Uribe, Engativá y Barrios Unidos, y en color ocre oscuro se observan las localidades con mayor población por Km², como lo son Kennedy y Bosa (Mapa 9).

La Secretaría Distrital de Planeación, estimó para el periodo 2015 un total de **2.505.937** hogares que habitaban en **2.398.129** viviendas, equivalente a una relación promedio de 1,04 hogares por vivienda. De otra parte, se estimó una relación promedio aritmético de 3,1 personas por hogar, y en las localidades Usme, Antonio Nariño, Bosa y Ciudad Bolívar, se estimó una relación promedio de 3,4, 3,4, 3,4 y 3,5, personas por hogar, respectivamente (Tabla 2).

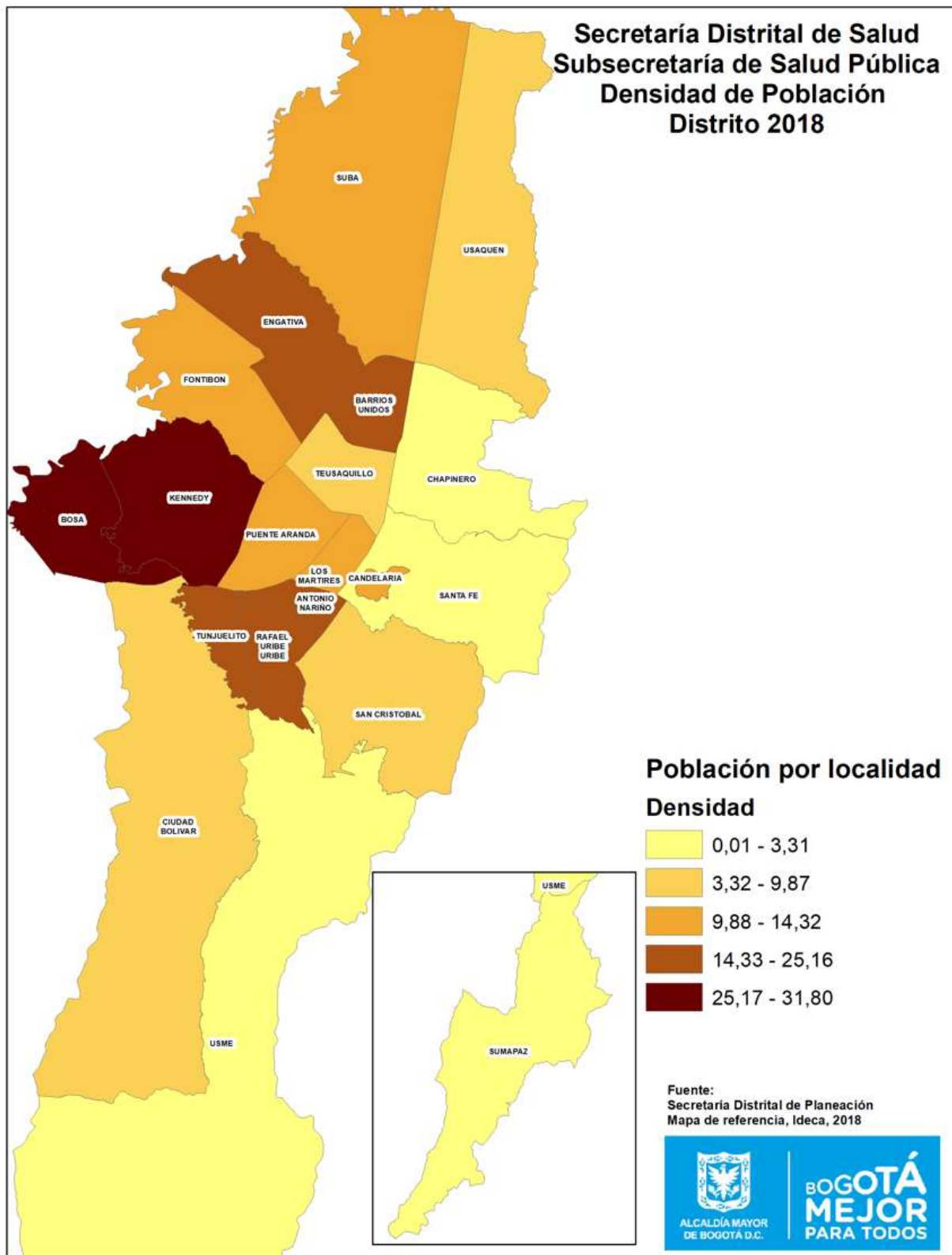
Tabla 2. Proyección de Población, Hogares y viviendas por localidad en Bogotá D. C., 2015

	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

Localidad		Población	Hogares 2015	% Hogares	Personas por hogar	Viviendas 2015	% Viviendas	Hogares / vivienda
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

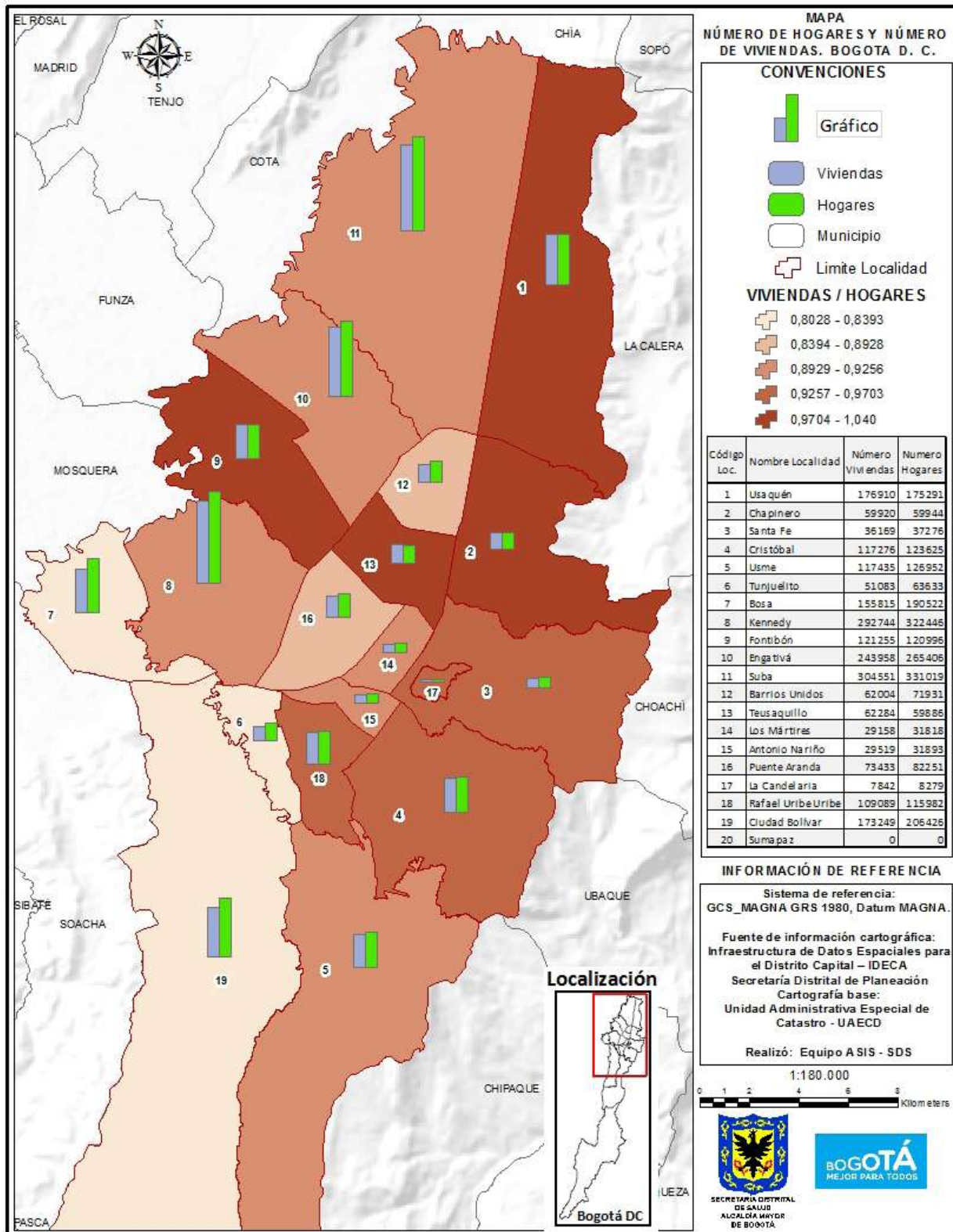
Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) y Secretaría Distrital de Planeación (SDP) 2000-2015 de junio 13 del 2008.

Mapa 9. Densidad poblacional por localidad (habitantes por Km²). Bogotá D. C., 2018



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación (SDP). Mapa de referencia, Ideca, 2018.

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: corresponde a población indígena 15.032 personas (0.22 %), el pueblo ROM o gitano está conformado por 523 personas, mientras que los afrocolombianos ascienden a 97.885 personas (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 3).

Tabla 3. Población por pertenencia étnica según sexo, Bogotá D. C., 2015

Población étnica	Población total		Total
	Mujeres	Hombres	
Indígena	7.524	7.508	15.032
ROM (gitana)	288	235	523
Negro(a), mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	48.919	48.966	97.885
Total	3.297.200	3.594.931	6.892.131

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

Según datos de la encuesta multipropósito para Bogotá del año 2017, 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 71,2 % se auto reconocieron como de etnias Negra, Mulata, o Afrodescendiente; un 20,5 % indígena, un 4,9 % como Gitano (a) ROM; un 2,9 % como raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia y un 0,8 % como Palenquero (a) de San Basilio de Palenque. Al desagregar por localidad se evidencia que, de las 20 localidades de la ciudad, La Candelaria, concentra la mayor proporción de personas auto reconocidas en un grupo étnico (3 %).

Tabla 4. Auto reconocimiento étnico según sexo en Bogotá D. C., 2017

AUTORECONOCIMIENTO ÉTNICO	Hombre	Mujer	Total
Indígena	205	252	457
Gitano(a) (ROM)	48	62	110
Raizal del archipiélago de San And.	29	28	57
Palenquero(a) de San Basilio	5	13	18
Negro(a), mulato(a), Afrodescendiente.	808	782	1.590
De ninguno de los anteriores	103.397	116.180	219.577
Total	104.492	117.317	221.809

Fuente: Datos tomados de la Encuesta Multipropósito para Bogotá, 2017

Tabla 5. Auto reconocimiento étnico según localidad en Bogotá D. C., 2017

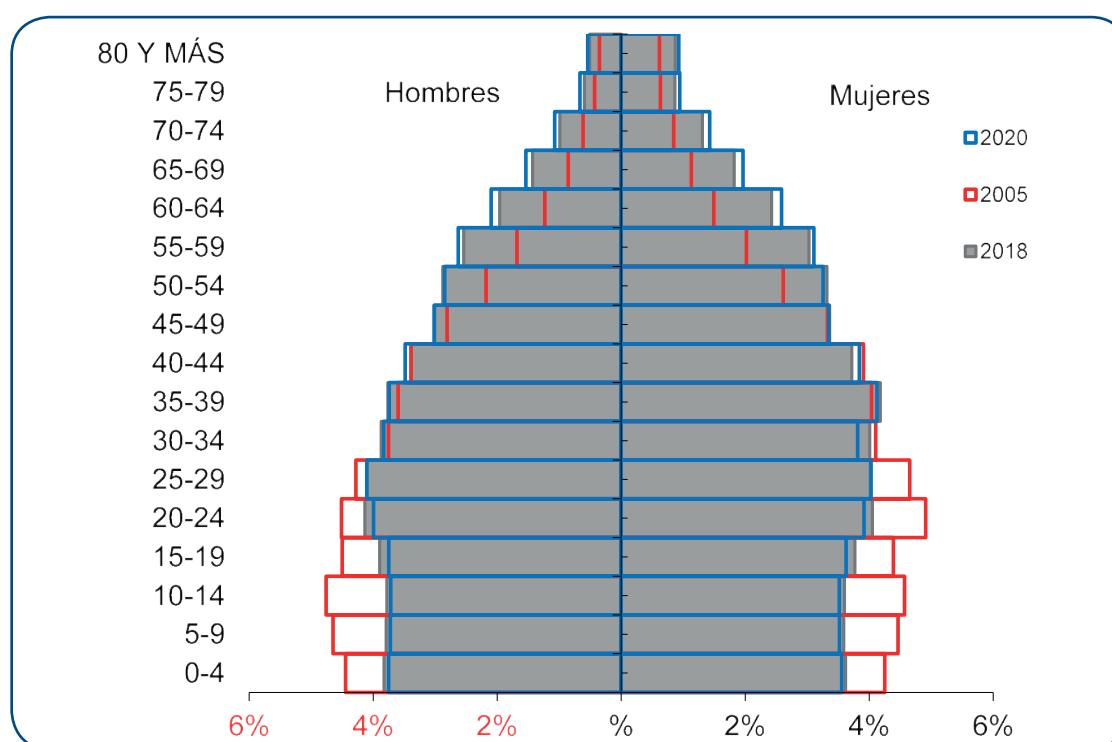
Localidad	Autoreconocimiento étnico		Total
	No	Sí	
Usaquén	12103	100	12203
Chapinero	4343	35	4378
Santa fe	8876	116	8992
San Cristóbal	12572	176	12748
Usme	14792	109	14901
Tunjuelito	5187	94	5281
Bosa	12368	191	12559
Kennedy	27735	271	28006
Fontibón	18514	232	18746
Engativá	16503	120	16623
Suba	22452	151	22603
Barrios Unidos	5515	34	5549
Teusaquillo	9755	55	9810
Los Mártires	4524	67	4591
Antonio Nariño	5395	79	5474
Puente Aranda	10171	72	10243
La Candelaria	1925	59	1984
Rafael Uribe Uribe	9575	93	9668
Ciudad Bolívar	16055	163	16218
Sumapaz	1217	15	1232
Total	219577	2.232	221809

Fuente: Datos tomados de la Encuesta Multipropósito para Bogotá, 2017

1.6. Estructura demográfica

La pirámide poblacional de Bogotá muestra que para 2018 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 1. Pirámide poblacional para Bogotá D. C., 2005, 2018 y 2020



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Proyecciones de población. Bogotá, 2005, 2018, 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 (Gráfico 1).

1.6.1. Proyecciones de población por grupos de edades

El análisis de la proyección de población 2005 a 2020 en función del ciclo vital, los cambios de los grupos de edad, en el periodo analizado 2005 a 2018, se observó que el grupo infancia de 0 a 13 años, se estimó una disminución anual cercana a 4 puntos porcentuales, aspecto que está relacionado con la disminución de la fecundidad y natalidad. En el grupo adolescencia de 14 a 17 años, se estimó una disminución de 1 punto porcentual en total. En el grupo juventud de 18 a 24 años, se estimó una disminución progresiva de 1 punto porcentual en total, debido posiblemente a la constante disminución de la natalidad en Bogotá desde hace 25 años. En el grupo adultez de 25 a 59 años se estimó un aumento de 3 puntos porcentuales en total, y en el grupo vejez de 60 y más años se estimó un aumento de 5 puntos porcentuales, que se relaciona con el aumento de la expectativa de vida (Tabla 6).

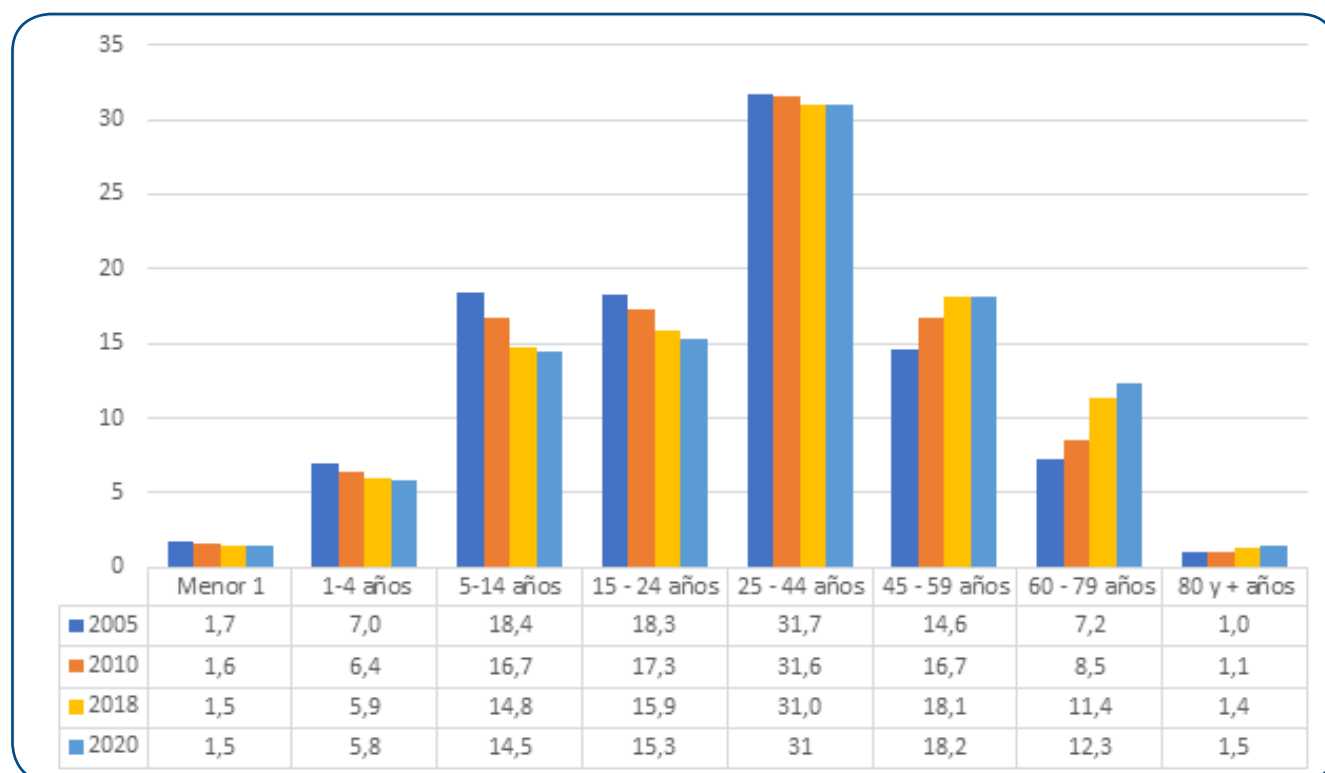
Tabla 6. Proporción de la población por etapa de ciclo vital en Bogotá D. C., 2005, 2010, 2018 y 2020

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	13	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).

Para el período 2018, el mayor porcentaje de la población se concentra en el grupo de los 25 a 44 años en ambos sexos (Gráfico 2).

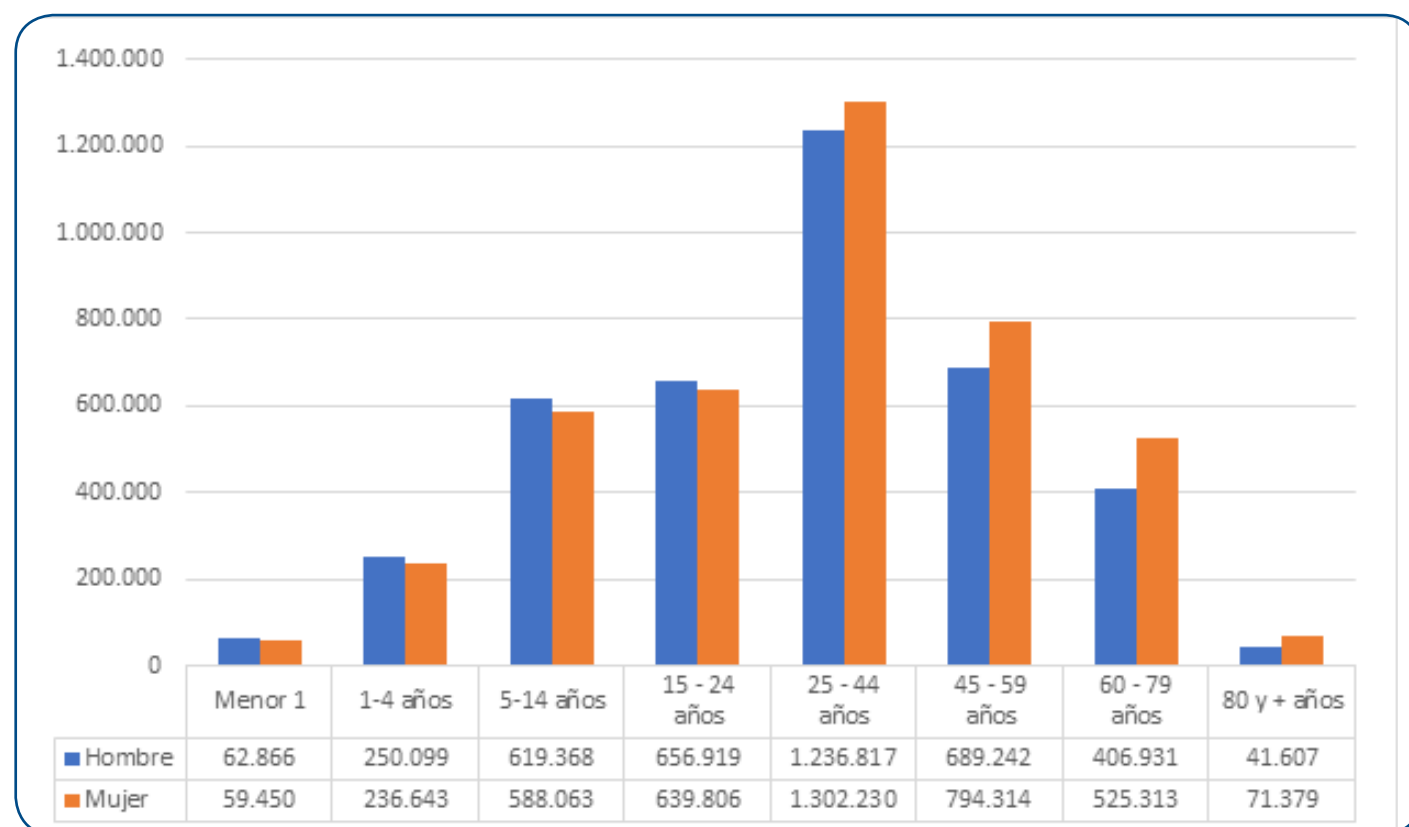
Gráfico 2. Cambio en la proporción de la población por grupo de edad en Bogotá D. C., 2005, 2010, 2017, y 2020



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.

En el periodo 2017, 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 3).

Gráfico 3. Población por sexo y grupos de edad para Bogotá D. C., año 2018



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).

1.6.2. Otros indicadores de estructura demográfica

Los principales indicadores demográficos, muestran que las proyecciones de población del periodo 2018, la población total se incrementó en 1.340.931 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 18 puntos lo que permite interpretar en el periodo 2018 madurez en la población, con tendencia al envejecimiento de la población (Tabla 7).

Tabla 7. Índices demográficos de Bogotá D. C., 2005, 2018 y 2020

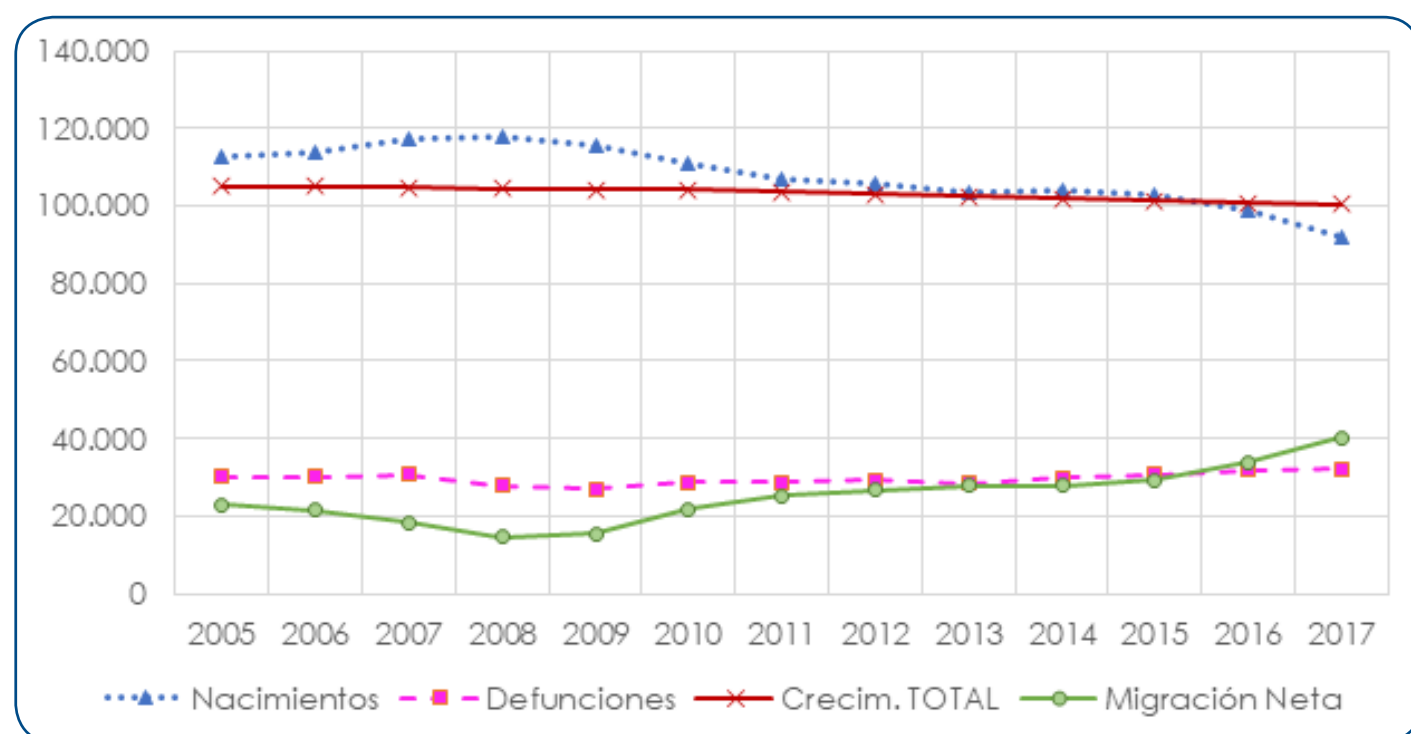
Índice demográfico	Año		
	2005	2018	2020
Población total	6.840.116	8.181.047	8.380.801
Población Masculina	3.285.708	3.963.853	4.064.669
Población femenina	3.554.408	4.217.194	4.316.132
Relación hombres: mujer	92,44	93,99	94
Razón niños: mujer	29	27	27
Índice de infancia	27	22	22
Índice de juventud	28	24	23
Índice de vejez	6	13	9
Índice de envejecimiento	22	58	42
Índice demográfico de dependencia	46,85	44,08	44,63
Índice de dependencia infantil	38,41	31,99	32,18
Índice de dependencia mayores	8,44	12,09	13,13
Índice de Friz	120,01	101,97	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).

1.7. 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.

Gráfico 4. Dinámica demográfica - valores absolutos, Bogotá D. C., 2005 a 2017



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 2005-2010 fue 12,43, disminuyendo a 11,40 en el quinquenio 2010-2015 y para el quinquenio 2015 -2020 es de 10,33; lo anterior indica que Bogotá tiene un crecimiento natural positivo, como consecuencia 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 (Tabla 8).

En Bogotá, la edad media de la fecundidad para las mujeres se mantiene en 29 años para los quinquenios 2005-2010, 2010-2015 y 2015-2020.

La tasa global de fecundidad para Bogotá en el quinquenio 2005-2010 fue 1,93; disminuyendo a 1,91 en el quinquenio 2010-2015 y para el quinquenio 2015-2020 fue 1,91; equivalente a una disminución total de 0,03 entre 2005 y 2020.

La tasa bruta de natalidad, para Bogotá en el quinquenio 2005-2010 fue 16,74; disminuyendo a 15,87 en el quinquenio 2010-2015 y para el quinquenio 2015-2020 fue 15,09; lo que sugiere que en Bogotá por cada 1000 habitantes se presentan 15,09 nacimientos en el último quinquenio analizado presentándose en el quinquenio 2015-2020 1,65 nacimientos menos que en el quinquenio 2005 a 2010 (Tabla 8).

Frente a la tasa general de fecundidad por cada mil mujeres en edad reproductiva, en la ciudad de Bogotá en el quinquenio 2005-2010 fue 58,2; disminuyendo a 56,8 en el quinquenio 2010-2015 y para el quinquenio 2015-2020 fue 56,1; evidenciándose una disminución de 2,1 nacidos vivos del quinquenio 2005-2010 frente al quinquenio de 2010-2015. (Tabla 8)

Tabla 8. 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)	29	29	29
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 en el periodo 2018 la tasa general de fecundidad fue 41,5 y al tener en cuenta las localidades, se observó que la mayor tasa general de fecundidad se presentó en la localidad de Santa Fe, seguida de Chapinero, Usme, La Candelaria y Rafael Uribe Uribe, (Tabla 9).

En Bogotá en el periodo 2018 la tasa bruta de natalidad fue 22,0, al desagregar por localidad se evidencia que superan el valor Distrital las localidades de Santa Fe, Chapinero, Usme, Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal (Tabla 9).

Tabla 9. Otros indicadores de la dinámica de la población en Bogotá D. C., 2017

Nº	Localidad	Población	Mujeres en edad fértil (15 - 49)	Nacimientos	Tasa bruta de natalidad	Tasa general de fecundidad	Tasa específica de fecundidad adolescentes	
							10 – 14 años	15 – 19 años
1	Usaquén	475.275	253.926	5.875	23,1	44,9	1,0	27,5
2	Chapinero	126.192	66.033	1.949	29,5	56,5	1,5	24,0
3	Santa Fe	93.857	47.135	1.547	32,8	65,2	1,2	68,8
4	San Cristóbal	392.220	202.823	5.194	25,6	48,9	1,3	57,5
5	Usme	342.940	173.754	5.195	29,9	56,1	2,2	64,8
6	Tunjuelito	186.383	94.819	2.410	25,4	49,0	1,2	48,5
7	Bosa	753.496	374.723	9.401	25,1	45,8	1,6	48,3
8	Kennedy	1.230.539	619.048	13.321	21,5	40,0	0,7	36,1
9	Fontibón	424.038	218.479	3.752	17,2	31,6	0,6	21,2
10	Engativá	883.319	456.270	8.095	17,7	33,8	0,4	22,5
11	Suba	1.315.509	671.995	13.158	19,6	36,3	0,5	26,7
12	Barrios Unidos	270.280	132.736	1.445	10,9	22,6	0,0	14,2
13	Teusaquillo	140.135	73.810	1.163	15,8	31,4	2,0	15,7
14	Los Mártires	93.248	46.240	1.032	22,3	44,6	1,7	50,3
15	Antonio Nariño	109.199	55.552	1.036	18,6	38,1	0,3	25,2
16	Puente Aranda	218.555	111.422	2.404	21,6	41,9	0,3	28,3
17	La Candelaria	22.243	10.393	289	27,8	54,5	5,0	51,8
18	Rafael Uribe Uribe	348.023	179.322	4.671	26,0	50,0	1,8	58,6
19	Ciudad Bolívar	748.012	375.711	9.409	25,0	46,7	1,6	55,5
20	Sumapaz	7.584	3.630	30	8,3	17,2	0,0	29,3
	Localidad No especificada		0	296	N/A	N/A	N/A	N/A
Total Bogotá		8.181.047	4.167.821	91.672	22,0	41,5	1,0	38,5

Fuente: POBLACION: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2017 de junio 13 del 2008. Fuente NV 2017: Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Fuente 2017. Fuente NV 2017 -Fuente 2017: -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

1.7.1. 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 al nacer (en años) en hombres en el quinquenio 1985-1990 fue 66,22; aumentando a 72,56 en el quinquenio 2000-2005 y para el quinquenio 2015-2020 es 76,83; estimándose un incremento de 10,61 años al comparar el quinquenio 1985-1990 con 2015-2020 (Tabla 10).

En Bogotá, la esperanza de vida al nacer (en años) en mujeres en el quinquenio 1985-1990 fue 72,26; aumentando a 78,31 en el quinquenio 2000-2005 y para el quinquenio 2015-2020 es 81,02; estimándose un incremento de 8,76 años al comparar el quinquenio 1985-1990 con 2015-2020, (tabla 10).

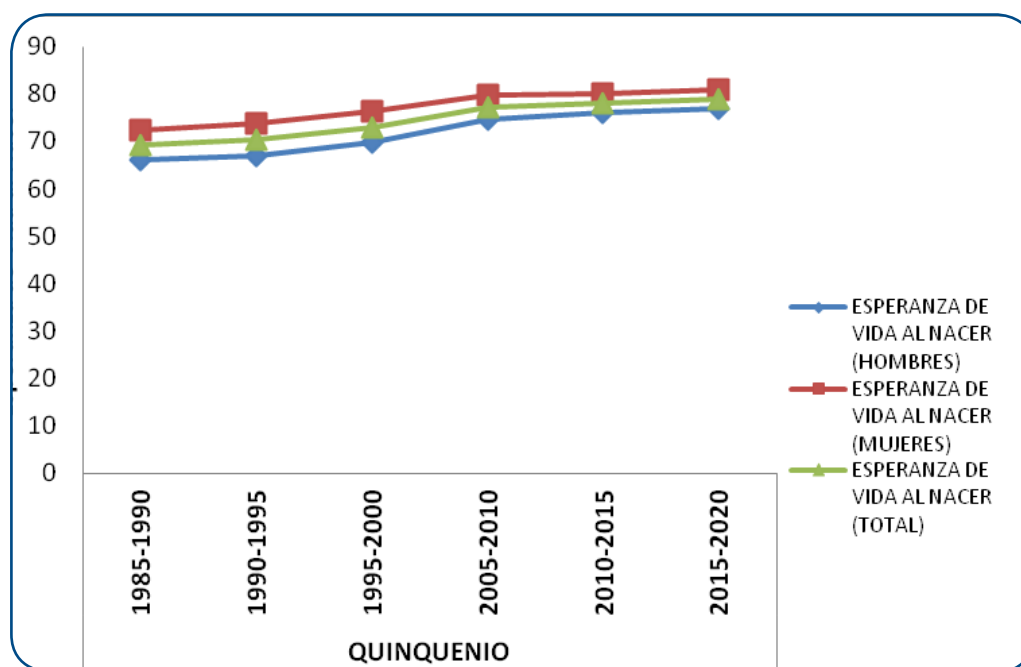
En Bogotá, la esperanza de vida al nacer (en años) Total en el quinquenio 1985-1990 fue 69,16; aumentando a 75,36 en el quinquenio 2000-2005 y para el quinquenio 2015-2020 es 78,87; estimándose un incremento de 9,71 años al comparar el quinquenio 1985-1990 con 2015-2020, (tabla 11).

Históricamente la esperanza de vida al nacer es mayor en las mujeres que en los hombres, se incrementó 10,61 años en los hombres y 9,71 en las mujeres al comparar el quinquenio 2015-2020 con respecto al quinquenio 1985-1990 (Tabla 10. Grafica 4).

Tabla 10. Esperanza de Vida. Bogotá D. C., 2018

Indicador	Quinquenio						
	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000 - 2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020
Esperanza de vida al nacer - años (hombres)	66,22	67,04	69,82	72,56	74,57	75,94	76,83
Esperanza de vida al nacer - años (mujeres)	72,26	73,92	76,24	78,31	79,72	80,19	81,02
Esperanza de vida al nacer - años (Total)	69,16	70,39	72,94	75,36	77,08	78,01	78,87

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

Gráfico 5. Esperanza de vida al nacer, por sexo y total, Bogotá D. C., 1885 – 2020

Fuente: DANE. Indicadores Demográficos Según Departamento 1985-2020

1.8. Movilidad Forzada

Según datos dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el periodo 2018, se encuentran registradas un total de 594.228 personas víctimas de desplazamiento en Bogotá, un 52 %, de acuerdo con la distribución, son personas de sexo masculino y el restante corresponde al sexo femenino. El 44,2 % de las mujeres de esta población se encuentra entre los 15 y 34 años de edad, porcentaje similar se evidencia para los hombres víctimas de conflicto armado, lo que corresponde que el 45,8 % de los hombres se encuentran entre los 15 y 34 años (Tabla 11).

Tabla 11. Número de víctimas del conflicto armado, según hecho victimizante de desplazamiento forzado, Bogotá D. C.

Grupo de edad	Femenino	Masculino	No definido	No reportado	Total
0 a 04	11741	12273	0	0	24014
05 a 09	21127	22172	29	230	43558
10 a 14	23160	24413	71	4272	51916

Grupo de edad	Femenino	Masculino	No definido	No reportado	Total
15 a 19	21.667	23.131	38	4956	49.792
20 a 24	38.723	46.772	1	720	86.216
25 a 29	33.096	40.450	3	29	73.578
30 a 34	26.865	32035	1	1	58.902
35 a 39	22.791	25.750	1	2	48.544
40 a 44	18.112	19.089	0	0	37.201
45 a 49	15.157	16.375	0	0	31.532
50 a 54	11.975	13.905	0	0	25.880
55 a 59	9.030	10.776	0	0	19.806
60 a 64	6.541	7.881	0	0	14.422
65 a 69	4.462	5.930	0	0	10.392
70 a 74	2.829	3.809	0	1	6639
75 a 79	1.979	2.463	0	1	4443
80 o más	2.889	3.512	3	2	6406
No definido	13	7	11	0	31
No reportado	88	95	0	773	956
Total	272.245	310.838	158	10.987	594.228

Fuente: Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD. Fecha de corte: 19 de septiembre 2018.

De acuerdo con la información suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el periodo 2018, un total de 11.145 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.

Sin embargo, según la información socializada por la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación (ACDVPR) en el análisis de contexto presentado en el Documento Inicial para el Plan de Acción 2019 de la Política Pública de Víctimas del conflicto armado en Bogotá, se establece que en “el Registro Único de Víctimas, las víctimas del conflicto armado residentes en la ciudad son 348.785 (Corte noviembre 2018) las cuales representan el 4 % de las víctimas del país (8.768.057 personas). Bogotá es la segunda ciudad del país con mayor población víctima del conflicto armado, después de Medellín que registra 431.388 personas víctimas de conflicto armado”.

En este mismo documento se plantea que el 11,5 % de la población víctima residente en Bogotá (40.071 personas) se identifica con alguna pertenencia étnica. Dentro de esta, la población negra o afrocolombiana es la más numerosa en Bogotá (9.39 % equivalente a 32.745 personas), seguida por la población indígena (1.97 % equivalente a 6.858 personas).

Gráfico 6. Número de víctimas residentes en Bogotá D. C., de acuerdo al hecho victimizante que han declarado



Fuente: RNI, UARIV, base de datos de medición de SSV, a 1 de noviembre de 2018. Nota: En esta gráfica la suma de personas no equivale al valor de 348.785 víctimas residentes en Bogotá, puesto que el 10,5 % de ellas Bogotá han sufrido dos o más hechos victimizantes.

Según la ACDVPR “la población de 348.785 víctimas residentes en Bogotá, ha sufrido 390.527 hechos victimizantes de acuerdo con la información del Registro Único de Víctimas. El 10.5 % de ellas ha sufrido dos o más hechos victimizantes”.

Bogotá recibió aproximadamente, según la Red Nacional de Información, 29.944 personas en los últimos cuatro años desde el 2015 al 2018 (2015: 13.814; 2016: 7.234; 2017: 4.886 y 2018: 4.050), lo cual permite evidenciar que si bien ha venido disminuyendo el número de personas que llegan en condición de desplazamiento a la ciudad, sigue siendo una situación

de Derechos Humanos apremiante en el país y en la ciudad, lo cual corresponde a 11.363 hogares que en los últimos cuatro años llegaron a la ciudad, para el año 2018 la ciudad recibió 1.686 hogares (Tabla 12).

Tabla 12. Familias desplazadas y recibidas en Bogotá. Bogotá D. C., 2018

Departamento	Familias recibidas	Familias desplazadas
Bogotá	1.686	33

Fuente: RNI - Red Nacional de Información. <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Hogares?vvg=1>. Fecha de Corte 01 enero 2019.

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).

1.9. Dinámica migratoria

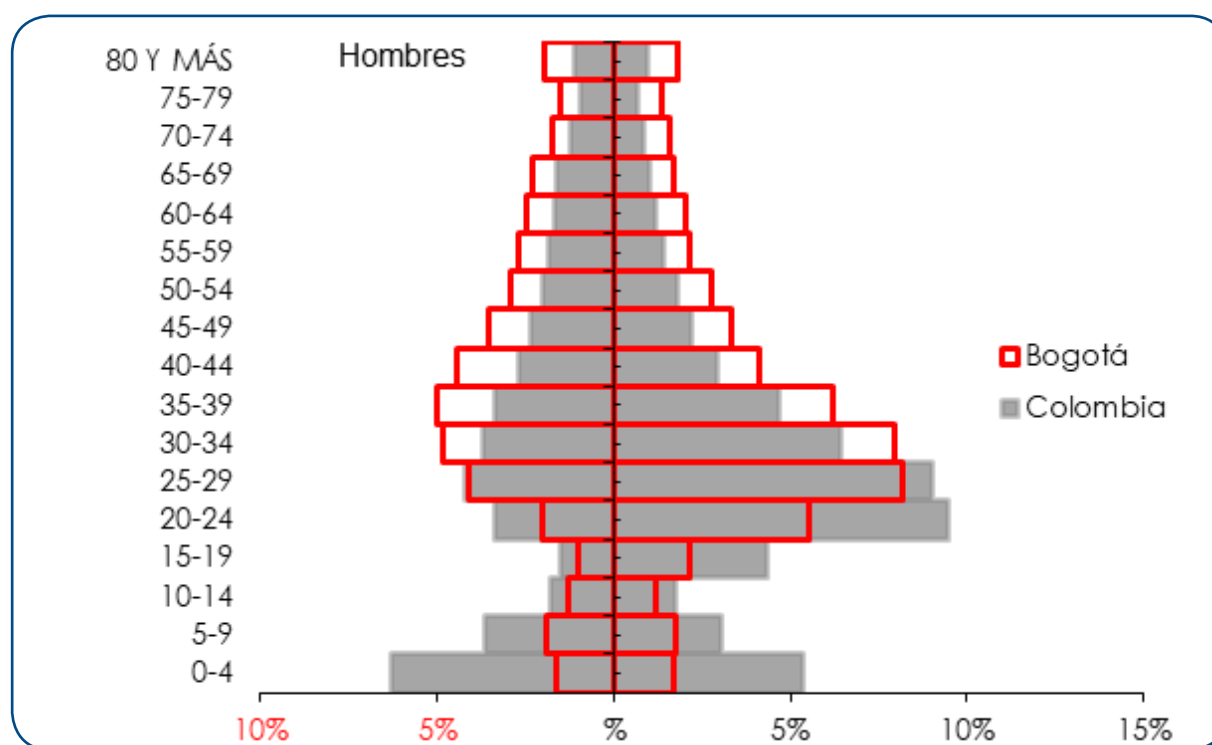
1.9.1. Pirámide de la población extranjera

Las dinámicas migratorias en una población pueden afectar el perfil demográfico y epidemiológico de la misma. En Colombia se está presentando una cantidad mayor de inmigrantes en comparación con los años anteriores y Bogotá, como distrito capital, recibe una elevada proporción de ellos; esto crea la necesidad de conocer y analizar las condiciones de vida y salud de estos grupos poblacionales de forma diferencial al resto de la población colombiana; por ello, se describe a continuación algunos datos relacionadas con las atenciones en salud de los inmigrantes en Bogotá.

En Bogotá se registraron 17512 atenciones en salud en población migrante, concentrando así el 28.1 % de las atenciones en salud en población migrante a nivel nacional para

el año 2017, donde una de cada cinco atenciones correspondió a personas de 20 a 29 años y en su mayoría fueron mujeres (54.9 %). Es importante tener en cuenta que, a partir de la literatura, se ha encontrado que las mujeres asisten mayor frecuencia a los servicios de salud; por tal motivo, la pirámide poblacional podría dar cuenta de un subregistro de hombres inmigrantes que no son captados.

Gráfico 7. Pirámide poblacional de migrantes atendidos en Bogotá D. C.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/bases-datos-externas-Actualizacion-asis-2018.zip>

1.9.2. Atenciones en salud a la población extranjera

Por cada 82 migrantes hombres que recibieron atención en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud (más que nacional).

Por cada 9 niños y niñas (0-4 años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil que recibieron atenciones en salud (menos que el nacional). La población infantil se está concentrando en otros lugares del país. Lo cual está relacionado con que de 100 personas migrantes que recibieron atención en salud, 19 corresponden a una población de 65 y más años, mientras que a nivel nacional es de 11.

Al analizar las atenciones por tipo de atención, se identifica que el 47 % corresponden a consulta externa y el 41 % a procedimientos. Llama la atención que en Bogotá los

servicios de urgencias en migrantes correspondieron al 3 %, mientras que, en Colombia fue tres veces más.

La población procedente de Venezuela representa la mayor proporción de atenciones en Bogotá (12 %), mientras que en Colombia corresponde al 45 %.

Por país de procedencia, en el año 2017 en Bogotá D.C la mayor cantidad de atenciones se realizó a población migrante de República Bolivariana de Venezuela con un 12 % y países clasificados como otros un 11 %; se continúa el fortalecimiento en la calidad e integridad de la información en los registros de atención, teniendo en cuenta el reporte de un 74 % que no cuenta con información (tabla 13).

Tabla 13. Atenciones en salud según procedencia. Bogotá 2017

Bogotá	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Colombia	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Concentración de la atención población migrante 2017
		2017	Proporción %			2017	Distribución %	
Bogotá	Brasil	104	1	Colombia	Brasil	882	1	0,12
	Ecuador	205	1		Ecuador	677	1	0,30
	Nicaragua	7	0		Nicaragua	26	0	0,27
	Otros	1.994	11		Otros	6.666	11	0,30
	Panamá	63	0		Panamá	200	0	0,32
	Perú	141	1		Perú	314	1	0,45
	República Bolivariana de Venezuela	2.031	12		República Bolivariana de Venezuela	27.722	45	0,07
	Sin identificador de país	12.924	74		Sin identificador de país	25.622	41	0,50
	Total	17.469	100		Total	62.109	100	0,28

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/bases-datos-externas-Actualizacion-asis-2018.zip>

En Bogotá D. C, al analizar por tipo de atención la mayor proporción se atendió en consulta externa con un 47 %, seguido por procedimientos con un 41 % y en tercer lugar medicamentos con un 6 %. La relación de atención (concentración municipio) Colombia -Bogotá es de 4:1 (tabla 14).

Tabla 14. Número de migrantes atendidos por tipo de atención en Bogotá D. C.

Tipo de atención	Total Migrantes atendidos en el País		Total Migrantes atendidos Bogotá D.C.		Concentración Municipio
	2017	Distribución %	2017	Distribución %	2017
Consulta Externa	41.582	40	12.201	47	3,41
Servicios de urgencias	8.971	9	769	3	11,67
Hospitalización	3.984	4	521	2	7,65
Procedimientos	40.480	39	10.687	41	3,79
Medicamentos	9.237	9	1.510	6	6,12
Nacimientos	779	1	164	1	4,75
Total	105.033	100	25.852	100	4,06

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/bases-datos-externas-Actualizacion-asis-2018.zip>

1.9.3. Afiliación en salud de la población extranjera

Analizando por Régimen de afiliación encontramos que las atenciones de población migrante internacional su mayor proporción es en el régimen contributivo con un 39 %, seguido por atención particular con un 24,4 %, atención por usuarios de los Regímenes Especiales con un 23,8 %, subsidiado 7,6 % y 5,3 % población pobre no afiliada (tabla 15).

Tabla 15. Número de atenciones de población migrante por régimen de afiliación en Bogotá D. C., 2017

Régimen de afiliación	Total de migrantes con atenciones en salud en Bogotá	%	Total de migrantes con atenciones en salud en Colombia	%	Concentración
Contributivo	70.095	86,3	11.266	19,0	6,22
Subsidiado	1.376	1,7	3.749	6,3	0,37
No afiliada	960	1,2	20.359	34,3	0,05
Particular	4.435	5,5	9.029	15,2	0,49
Otro	4.325	5,3	14.627	24,7	0,30
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	0	0,0	13	0,0	0,00
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	0	0,0	5	0,0	0,00
En desplazamiento no asegurado	1	0,0	277	0,5	0,00
Sin dato	0	0,0	0	0,0	0,00
Total de migrantes atendidos	81.192	100	59.325	100	1,37

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/bases-datos-externas-Actualizacion-asis-2018.zip>

1.10. Conclusiones

El Distrito Capital registra una transición demográfica en el tamaño de su población y las características físicas de su territorio, al comparar el periodo 2017 con respecto al periodo 2005, la población aumenta en 1.280.618 habitantes, el índice de dependencia infantil (menores de 15 años) disminuye 6,23 puntos, mientras que el índice de dependencia de mayores (65 años y más) aumenta 3,16 puntos. De otra parte, 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 en 10,61 años en los hombres y 9,71 años en las mujeres,

al comparar el quinquenio 2015-2020 respecto al quinquenio 1985-1990 y el descenso en las tasas de mortalidad y de fecundidad general disminuye 2,1 nacidos por mil mujeres en edad fértil, al comparar el quinquenio 2015-2020 con el quinquenio 2015-2010.

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.

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.

CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

2. 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 y 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.

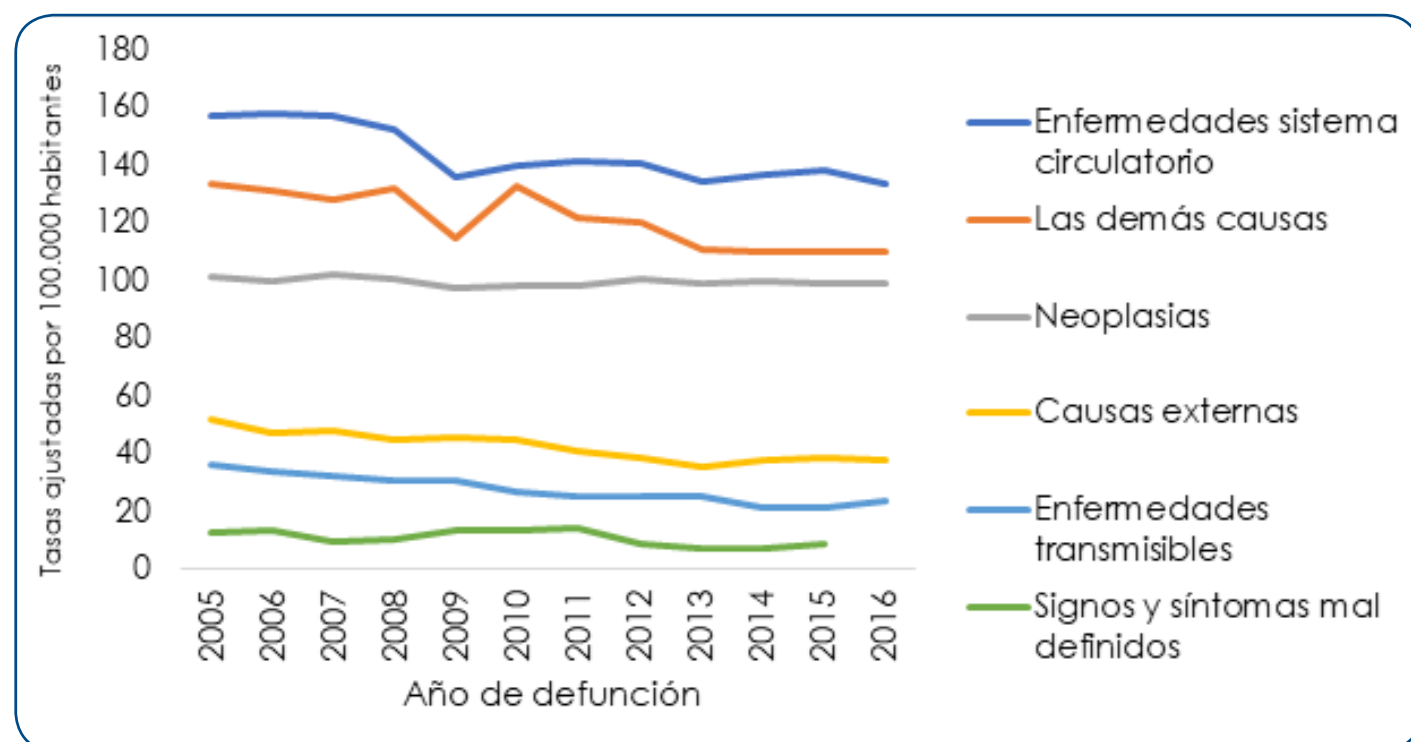
2.1. Mortalidad general por grandes causas

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 las enfermedades del sistema circulatorio las que mayor descenso han presentado ($24,05 \times 100.000$ habitantes); seguido de las demás causas (*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*) con tasa de mortalidad ($23,68 \times 100.000$ habitantes); las mortalidades por neoplasias en contraste, han disminuido en menor medida que las demás ($2,76 \times 100.000$ 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 2016; Respecto con el 2015 las neoplasias son las únicas que presentan un leve aumento en el año 2016 (Gráfico 8).

Gráfico 8. Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas. Bogotá D. C., 2015 – 2016

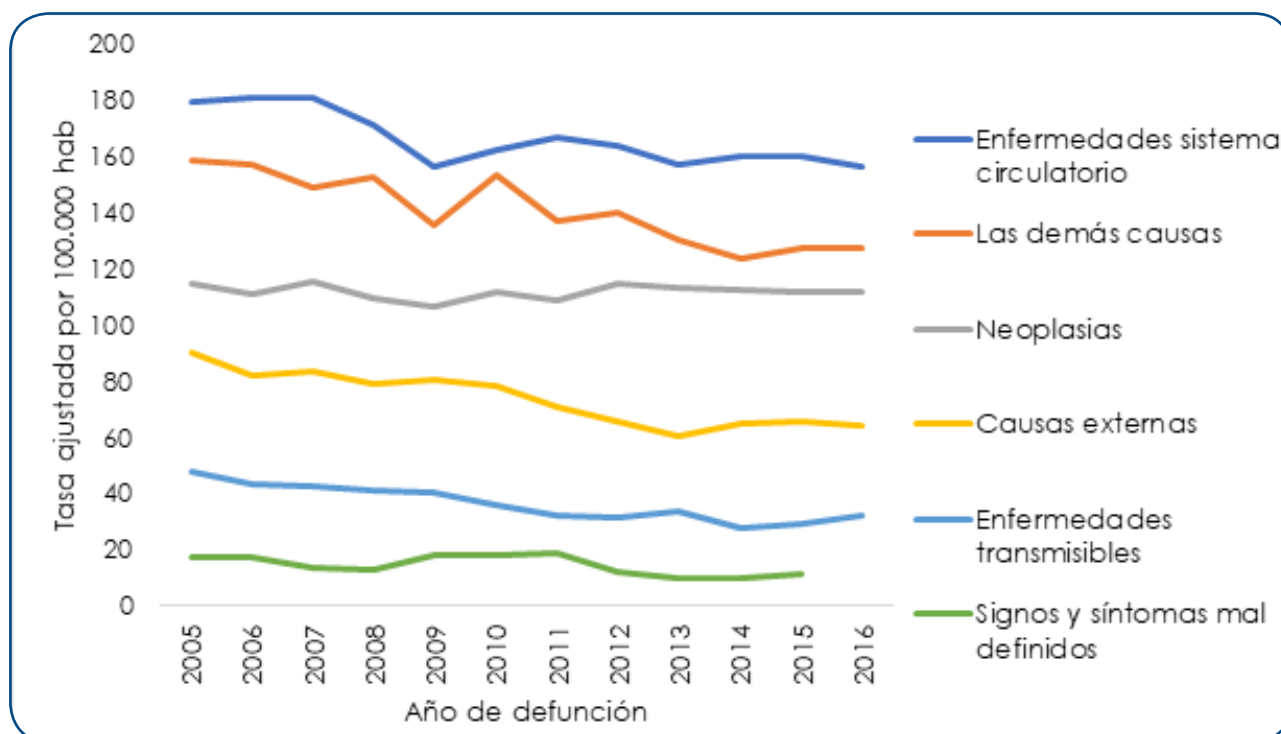


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

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 (Gráfico 9). Las enfermedades del sistema circulatorio, son las que presentan las mayores tasas dentro de este grupo poblacional, con valores de 156,54 muertes por cada 100.000 habitantes.

Las disminuciones más altas, se observan en las demás causas (31,23 x 100.000 hombres), seguida de las causas externas (25,57 x 100.000 hombres) y enfermedades del sistema circulatorio (23,11 x 100.000 hombres); las más bajas se observan en signos y síntomas mal definidos (11,30 x 100.000 hombres) y se observa un incremento en la tasa por Enfermedades Transmisibles (2015: 24,54 y 2016: 32,44 x 100.000 hombres). Respecto del año 2015, se evidencia una disminución en las tasas de mortalidad para el año 2016 de los grandes grupos (Gráfico 9).

Gráfico 9. Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas en hombres, Bogotá D. C., 2005 – 2016



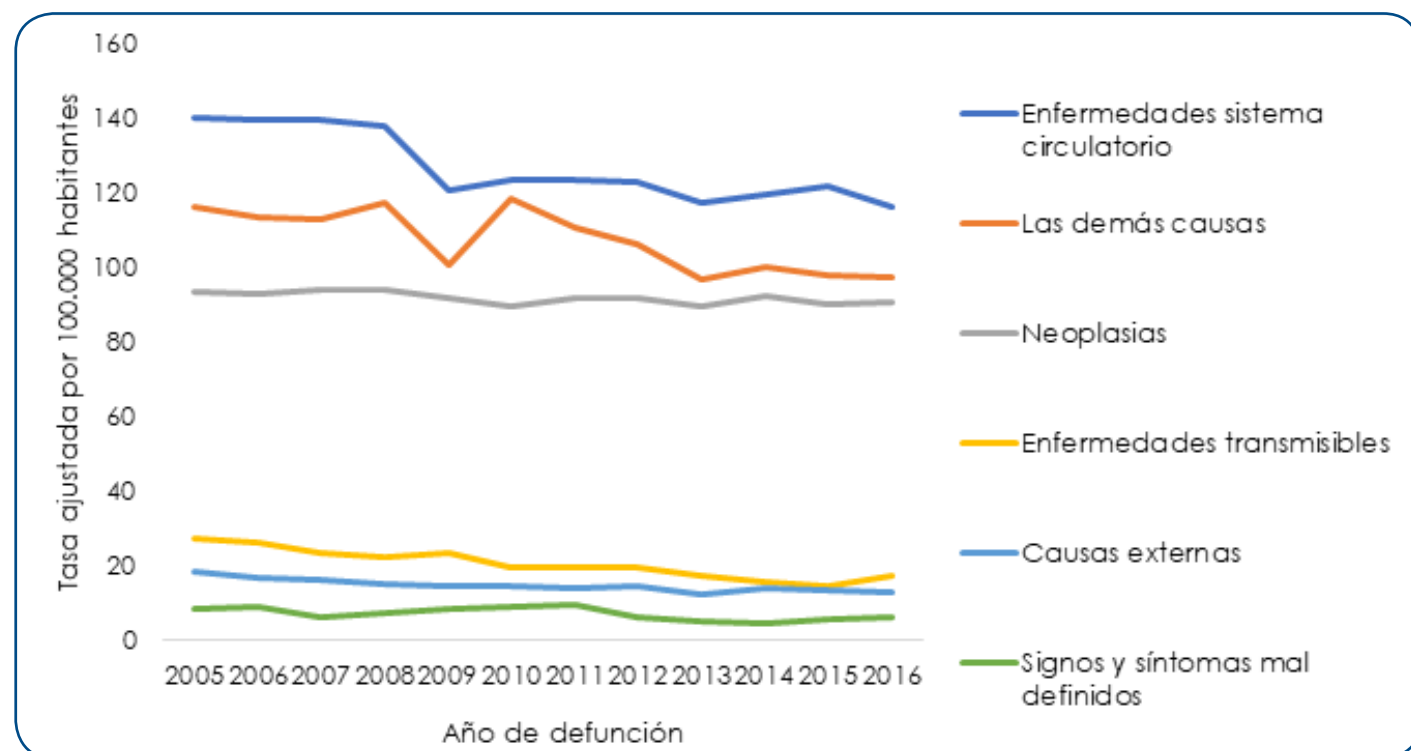
Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

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 mencionadas, y neoplasias; en el mismo sentido, las más bajas correspondieron a 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 $24,09 \times 100.000$ mujeres; de otro lado, las neoplasias y las afecciones mal definidas mostraron las menores disminuciones ($2,82$ y $2,62 \times 100.000$ mujeres respectivamente).

Las líneas de tendencia muestran una separación marcada entre los grupos de causas, es decir, las 3 primeras causas de muerte (enfermedades del sistema circulatorio y todas las demás enfermedades y neoplasias) mantienen tasas por encima de 90×100.000 habitantes y las restantes (enfermedades transmisibles, causas externas y afecciones mal definidas) no superan los 18×100.000 habitantes durante todo el periodo de análisis. Respecto del 2015, se mantiene la disminución de las tasas excepto en los grupos de neoplasias, enfermedades transmisibles y afecciones mal definidas, evidenciando un aumento de $2,78 \times 100.000$ mujeres para enfermedades transmisibles (Gráfico 10).

Gráfico 10. Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas en mujeres, Bogotá D. C., 2005 – 2016



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

2.1.1. 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, las causas externas y las enfermedades del sistema circulatorio corresponden a los grupos de enfermedad que aportan la mayor cantidad años por mortalidad prematura en el último año del periodo sin embargo, este comportamiento no presentó el mismo patrón al inicio del periodo, dado que para el año 2005 las demás causas y las causas externas correspondían al grupo de enfermedades que aportaban la mayor cantidad de AVPP y las neoplasias eran la cuarta causa. Durante el periodo analizado (2005 – 2016) se evidencia la disminución en el aporte de AVPP, de todos los grandes grupos excepto de las neoplasias, causas externas y enfermedades transmisibles (Tabla 16).

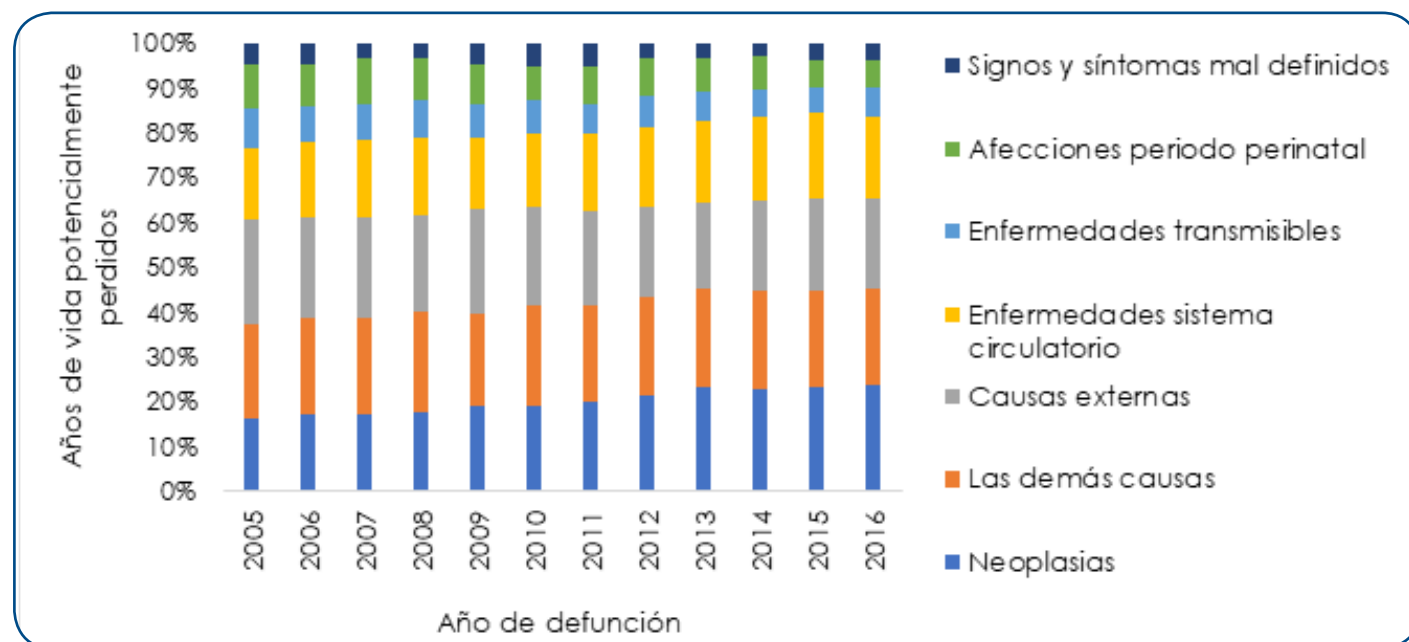
**Tabla 16. Número de años de vida potencial perdidos por grandes causas según sexo.
Bogotá D. C., 2005 – 2016**

Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
100 - Enfermedades Transmisibles	Femenino	21.581	19.606	18.477	19.427	19.509	16.599	15.683	16.699	13.236	12.532	11.766	14.502
	Masculino	37.084	32.577	33.269	35.163	28.042	29.509	27.202	25.808	26.520	22.310	22.867	25.992
	Total	58.665	52.183	51.746	54.591	47.552	46.109	42.885	42.507	39.756	34.842	34.633	40.493
200 - Neoplasias	Femenino	64.491	63.887	65.654	66.066	70.842	69.734	72.263	74.826	75.684	80.034	79.093	84.418
	Masculino	46.569	47.407	48.227	50.048	51.097	53.706	55.413	59.193	60.805	60.746	63.257	64.020
	Total	111.061	111.294	113.881	116.114	121.940	123.441	127.675	134.020	136.489	140.780	142.350	148.438
300 - Enfermedades Sistema Circulatorio	Femenino	53.275	53.141	56.237	56.000	49.659	52.313	52.805	53.403	52.032	54.651	56.605	54.354
	Masculino	53.120	55.201	57.006	54.813	52.612	53.957	54.461	58.958	56.209	59.178	59.163	60.158
	Total	106.395	108.342	113.243	110.812	102.272	106.271	107.266	112.361	108.240	113.830	115.768	114.513
400 - Ciertas Afecciones Originadas En El Período Perinatal	Femenino	30.585	25.970	29.595	25.723	25.246	23.740	22.913	24.153	19.164	19.222	14.309	16.643
	Masculino	37.173	36.610	38.212	36.215	33.174	27.645	29.976	27.961	23.443	26.865	24.016	22.596
	Total	67.759	62.580	67.806	61.938	58.420	51.386	52.889	52.115	42.606	46.086	38.325	39.240
500 - Causas Externas	Femenino	26.904	24.772	25.103	20.799	21.709	22.284	20.680	21.571	18.028	21.132	20.546	20.060
	Masculino	132.392	120.293	122.633	117.482	126.088	123.293	112.660	102.580	95.587	104.351	106.687	108.446
	Total	159.296	145.065	147.736	138.281	147.797	145.576	133.339	124.151	113.615	125.484	127.233	128.506
600 - Todas Las Demás Enfermedades	Femenino	71.631	69.855	72.091	73.727	66.910	74.694	71.379	68.032	64.146	65.003	67.036	68.586
	Masculino	69.599	72.360	70.385	71.796	66.889	70.495	64.574	69.575	66.848	66.701	66.632	66.100
	Total	141.230	142.215	142.477	145.523	133.799	145.189	135.954	137.607	130.995	131.704	133.668	134.687
700 - Signos, Síntomas Y Afecciones Mal Definidas	Femenino	11.563	10.880	7.482	8.498	11.199	12.343	12.112	8.909	8.973	6.703	8.318	8.134
	Masculino	20.426	19.179	14.802	13.962	19.004	20.810	21.399	13.759	12.000	12.393	15.169	15.156
	Total	31.989	30.059	22.284	22.460	30.203	33.152	33.511	22.668	20.972	19.096	23.487	23.290

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 (Gráfico 10), que indican que durante el periodo de análisis se presentó un aporte creciente AVPP de la neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio; por su parte las causas externas, las demás causas, 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.

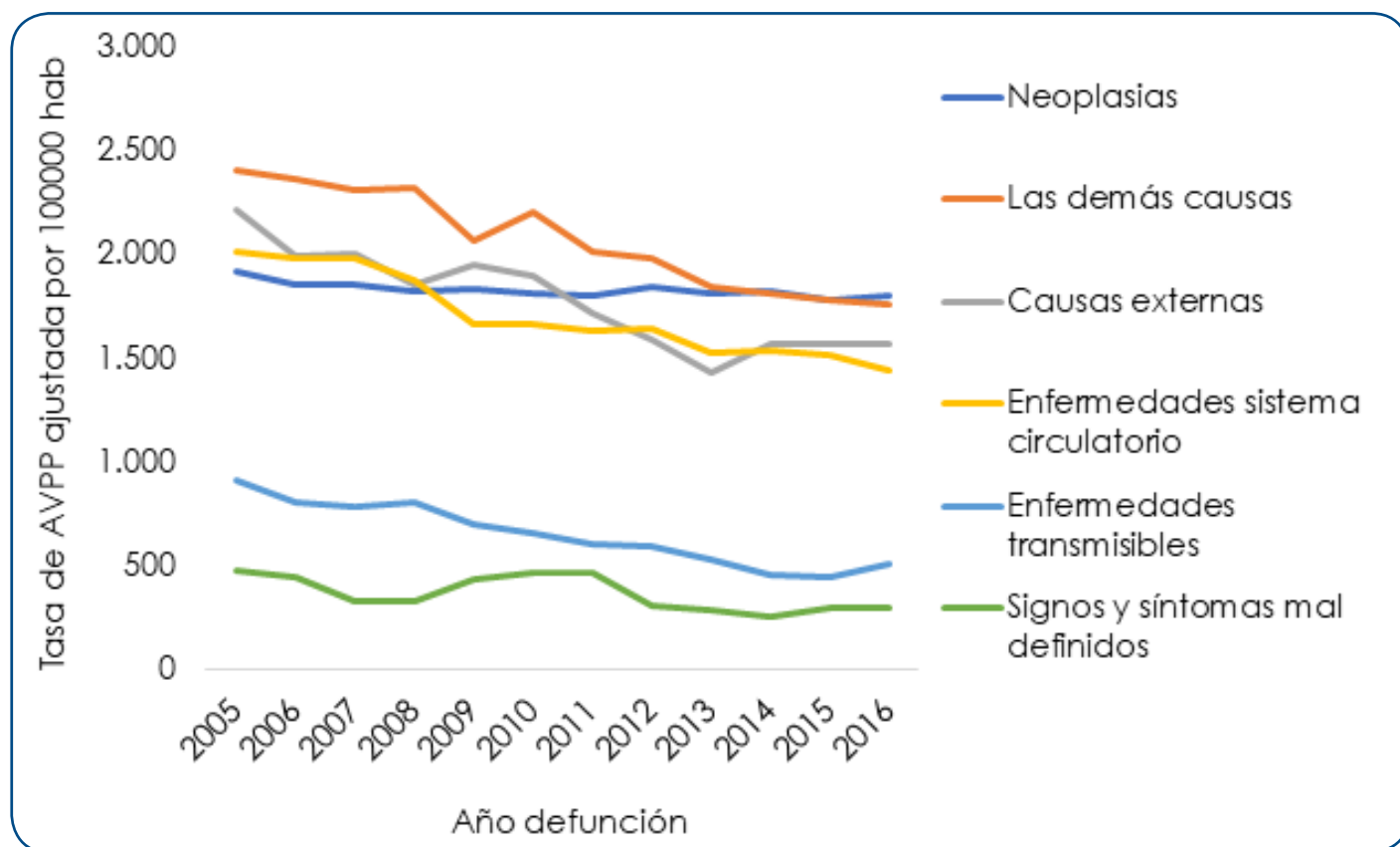
Gráfico 11. Porcentaje de AVPP por grandes causas. Bogotá D. C., 2005 – 2016



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 – 2016) en todos los grandes grupos; la de mayor disminución correspondió a las demás causas y las causas externas, con reducciones de 643,9 y 642,3 AVPP x 100.000 habitantes respectivamente. Las tasas de AVPP que menos disminuyeron en el periodo correspondieron neoplasias (119,4 AVPP x 100.000 habitantes) y, signos y síntomas mal definidos (174,4 AVPP x 100.000 habitantes); respecto del 2014, los grupos que presentaron un descenso fueron las demás causas, neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio, los demás grupos generaron aumento en la tasa (Gráfico 12).

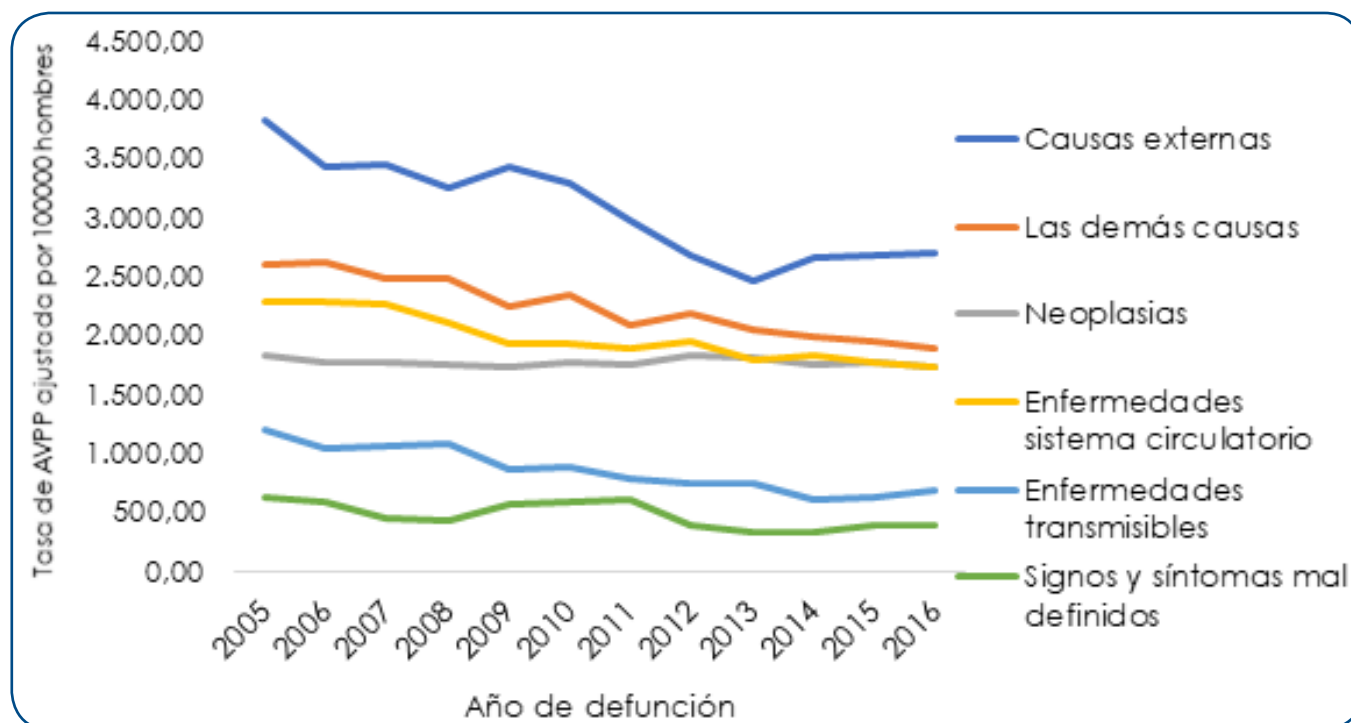
**Gráfico 12. Tasa de años de vida potencialmente perdidos x 100.000 habitantes.
Bogotá D. C., 2005 - 2016**



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

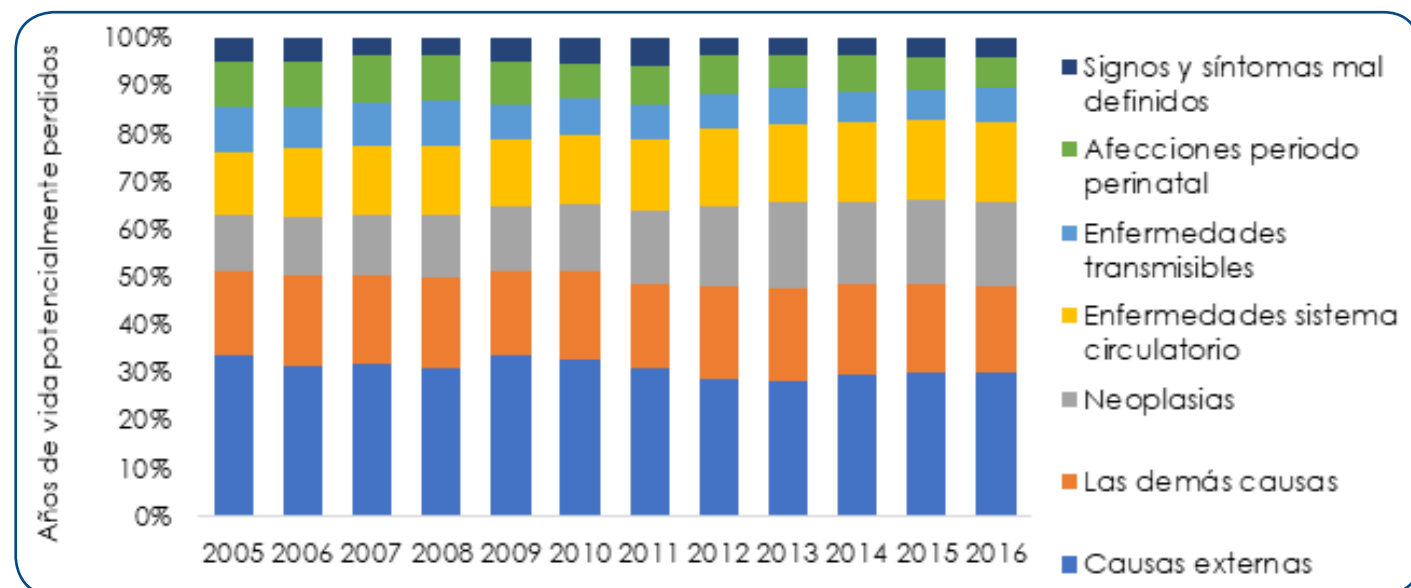
El análisis de las tasas de AVPP por sexo, mostró que, de forma similar con la población total, en los hombres se presenta una mayor carga por parte de las causas externas, las demás causas y las neoplasias, siendo un comportamiento sistemático durante los años de estudio (Gráfico 13). Así mismo, las tasas mostraron una tendencia hacia la disminución de sus valores en el periodo de tiempo (2005 – 2016), siendo la de mayor disminución la derivada de las causas externas (1129,9 AVPP x 100.000 hombres) y la de menor disminución la relacionada con neoplasias (93,3 AVPP x 100.000 hombres). Respecto del 2015 para el año 2016 se presentó un aumento en los grupos de causas externas, enfermedades transmisibles y signos y síntomas mal definidos.

Gráfico 13. Tasa y Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos x 100.000 hombres. Bogotá D. C., 2005 – 2016



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

Gráfico 14. Tasa y Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos x 100.000 hombres. Bogotá D. C., 2005 – 2016

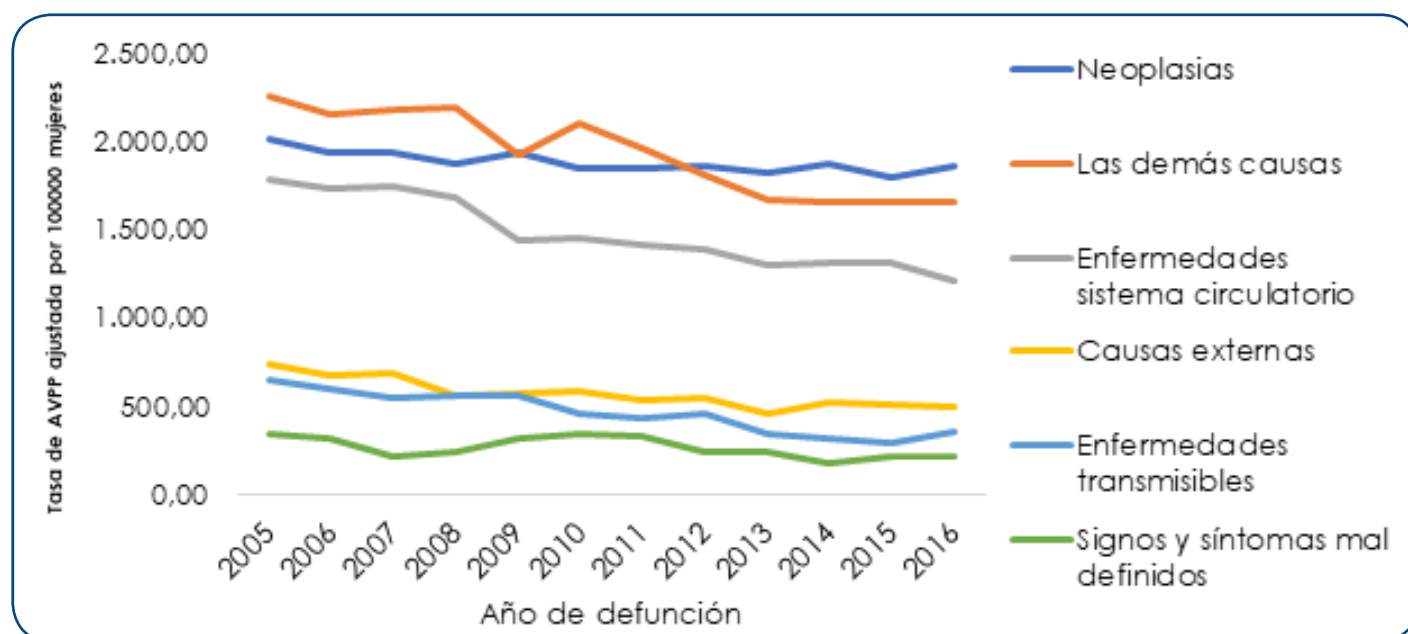


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

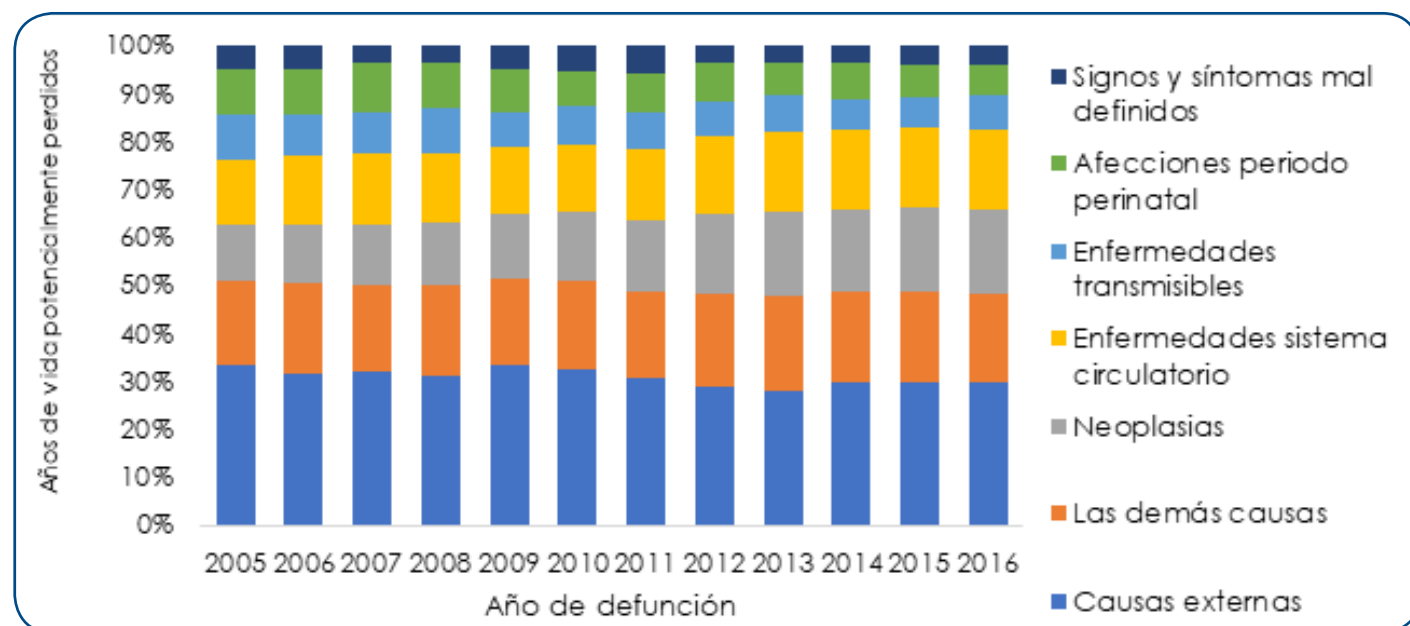
Para el grupo de mujeres, se evidenció que el grupo de las neoplasias y las demás causas tienen los indicadores más elevados; las enfermedades del sistema circulatorio, presentan frecuencias similares en ambos sexos, al igual que las denominadas causas mal definidas.

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, que el grupo de causas que presentó mayor disminución en el periodo correspondió a las demás causas 590,9 AVPP x 100.000 mujeres, seguido de todas las enfermedades del sistema circulatorio con una disminución de 576,4 AVPP x 100.000 mujeres; las tasas que tuvieron menor disminución correspondieron al signos y síntomas mal definidos y neoplasias con 124,5 y 142.3 AVPP x 100.000 mujeres respectivamente (Gráfico 15). Respecto al 2015, los grupos de las neoplasias, las demás causas y afecciones mal definidas tuvieron un aumento en el año 2016, el resto de grupos mantuvo la disminución.

Gráfico 15. Tasa y Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos x 100.000 mujeres. Bogotá D. C., 2005-2016



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



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.*

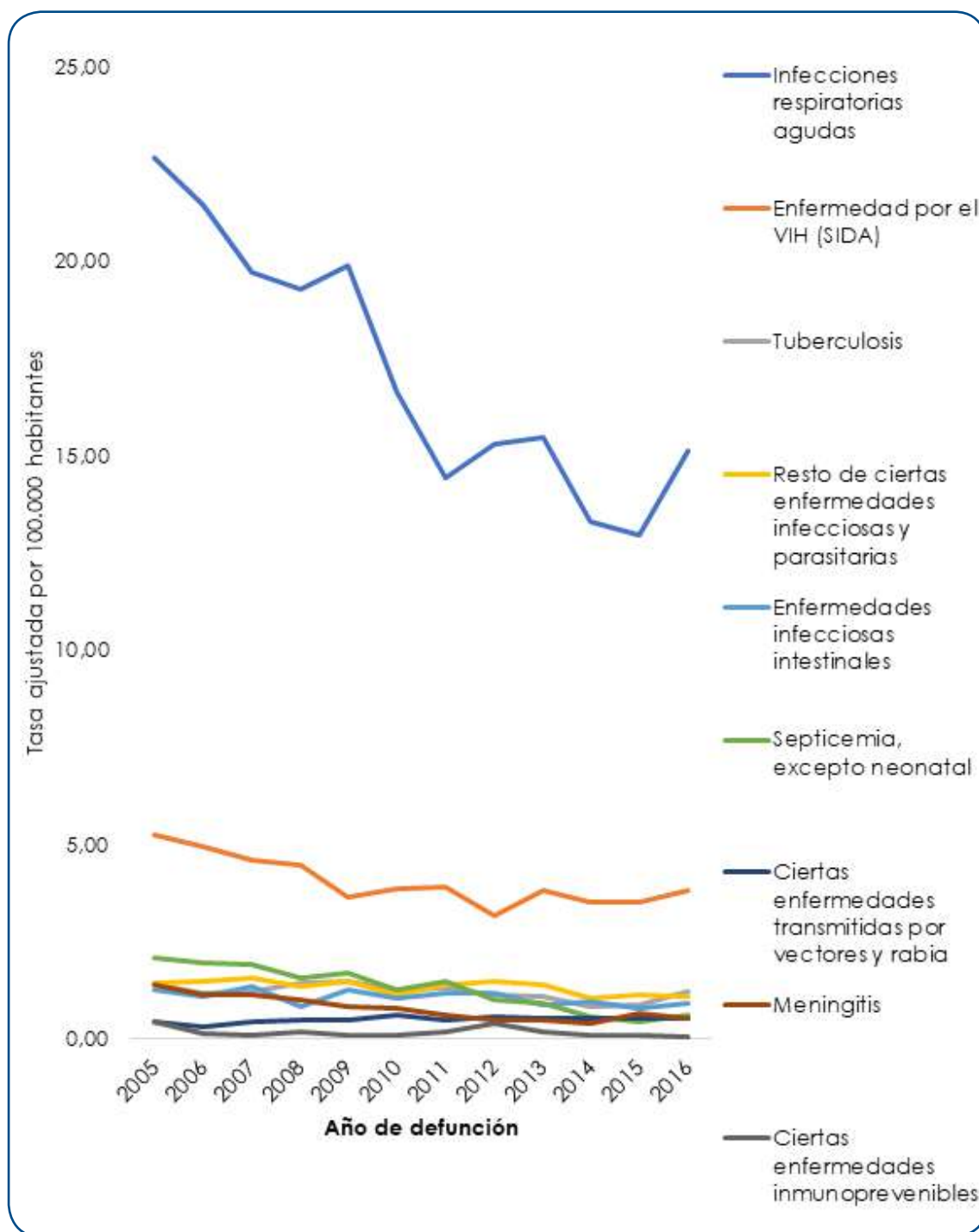
2.2. Mortalidad específica por subgrupo – Tasas ajustadas

2.2.1. 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 – 2016. El segundo lugar, lo ocupa la enfermedad por VIH (SIDA), cuyo comportamiento también tiende a la disminución durante el periodo objeto de observación. Respecto a la variación, se observó que precisamente la causa más importante (infecciones respiratorias agudas) presentó la mayor disminución (7,5

x 100.000 habitantes), mientras que en los demás grupos la variación fue menor, por debajo de (2 x 100.000 habitantes) (Gráfico 16).

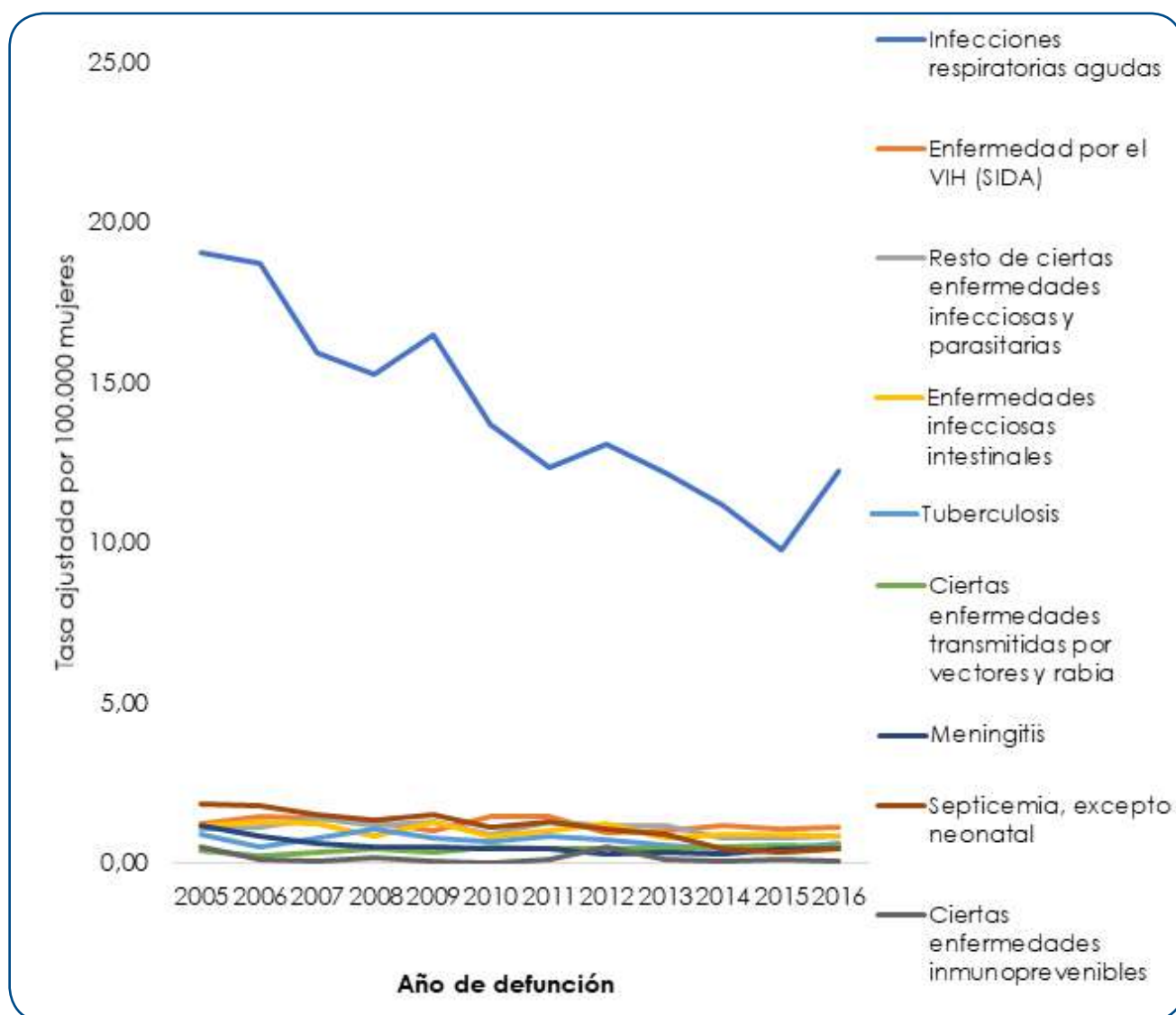
Gráfico 16. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles. Bogotá D. C., 2005 - 2016



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 - 2016, corresponde a las infecciones respiratorias agudas, la cual muestra un comportamiento tendiente a la disminución durante el periodo 2005 – 2016. 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 ($6,8 \times 100.000$ mujeres), seguida de la septicemia, excepto neonatal ($1,3 \times 100.000$ mujeres) mientras que en los demás grupos la variación se mantuvo entre $0,1$ y $0,7 \times 100.000$ mujeres (Gráfico 17).

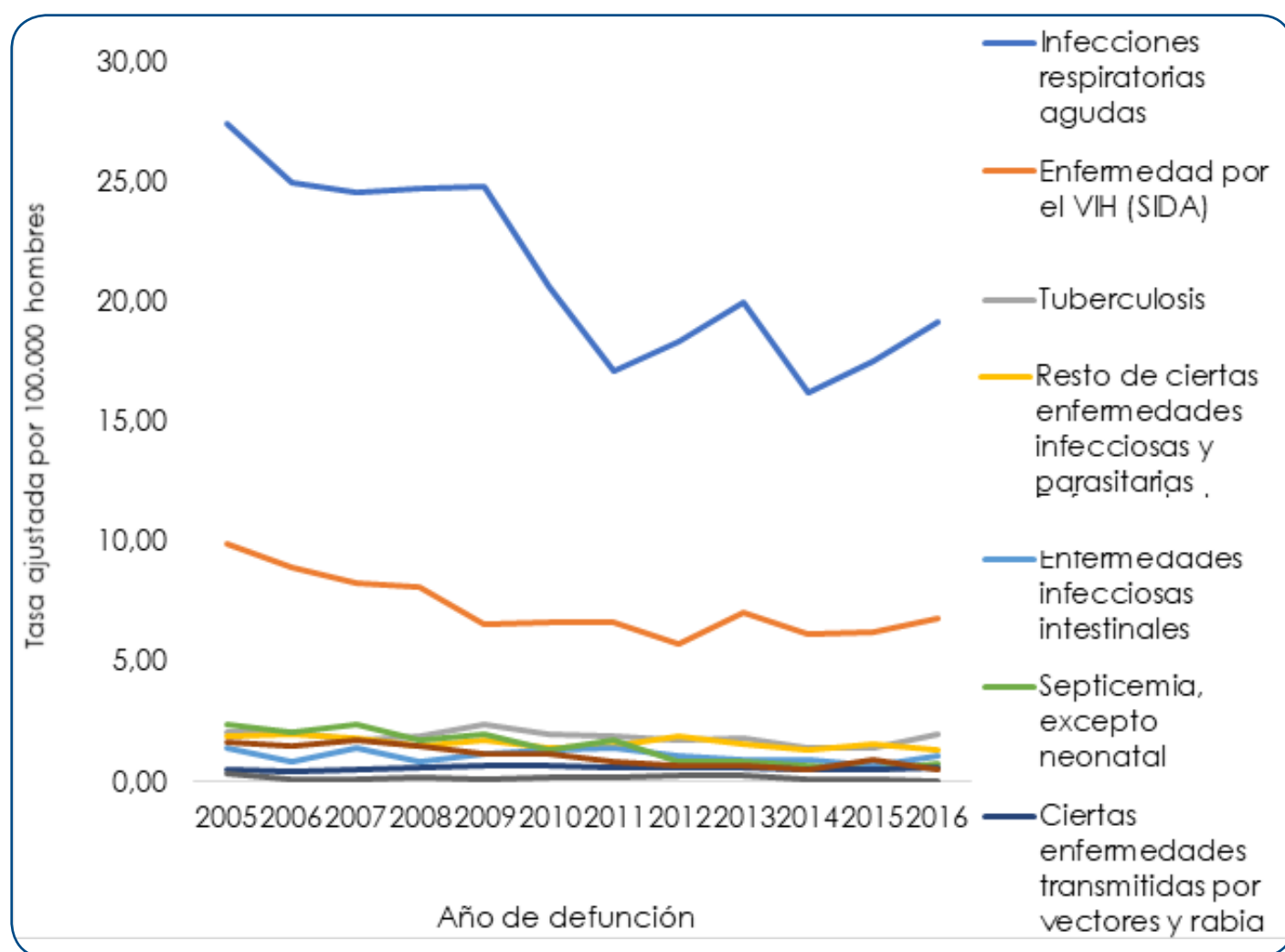
Gráfico 17. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por enfermedades transmisibles. Bogotá D. C., 2005 - 2016



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 - 2016, corresponde a las infecciones respiratorias agudas, la cual muestra un comportamiento tendiente a la disminución durante el periodo 2005 – 2016. 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 ($8,2 \times 100.000$ hombres), seguida de enfermedad por VIH ($3,0 \times 100.000$ hombres) y septicemia excepto neonatal ($1,6 \times 100.000$ hombres) mientras que en los demás grupos la variación se mantuvo entre $0,1$ y $0,7 \times 100.000$ hombres (Gráfico 18).

Gráfico 18. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por enfermedades transmisibles. Bogotá D. C., 2005 – 2016

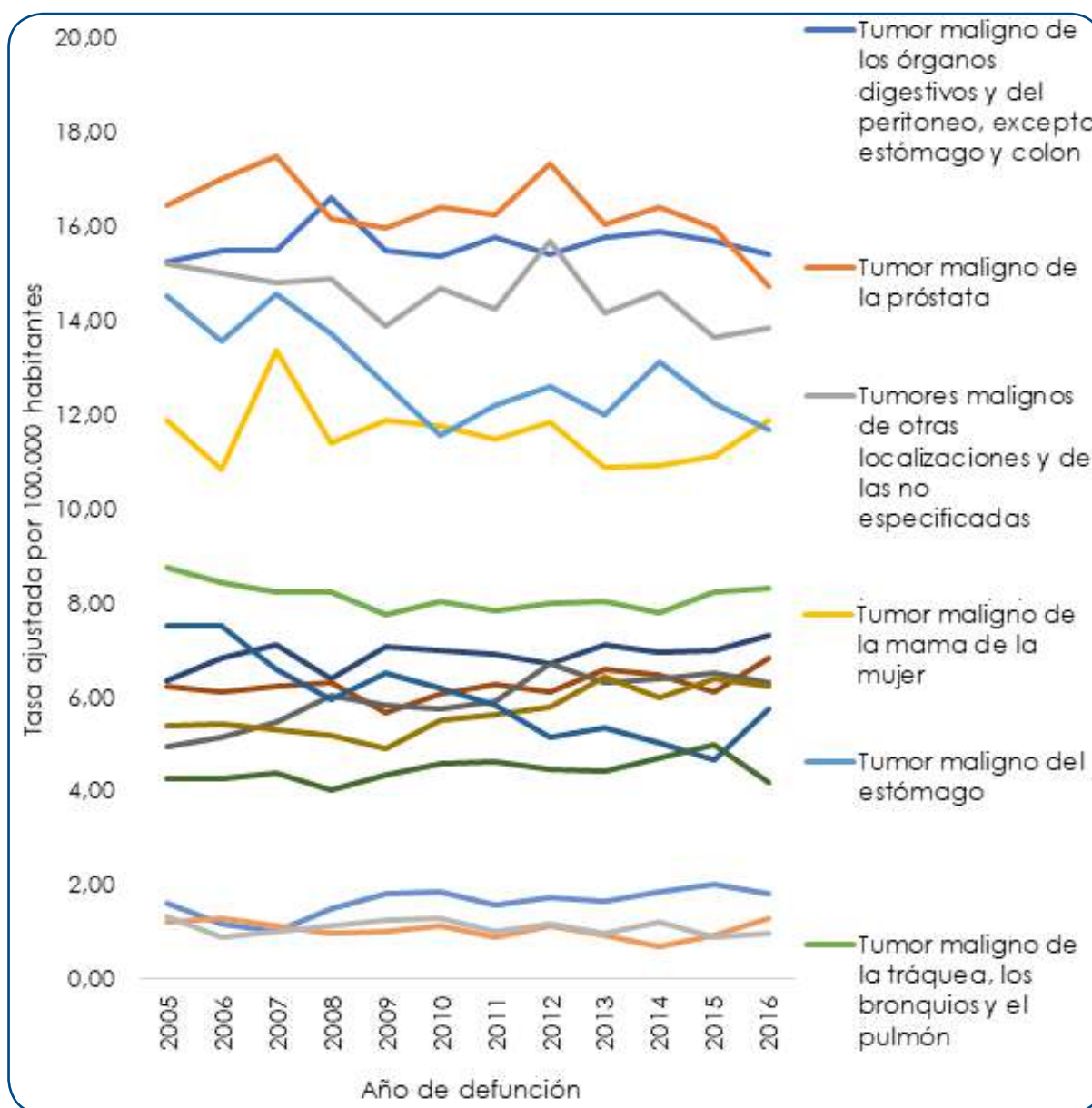


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.2.2. Mortalidad por neoplasias

Durante el periodo 2005 – 2016 en Bogotá, la primera causa de mortalidad por cáncer son tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo (excepto estómago y colón), seguido por los tumores malignos de la próstata 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 (Gráfico 19).

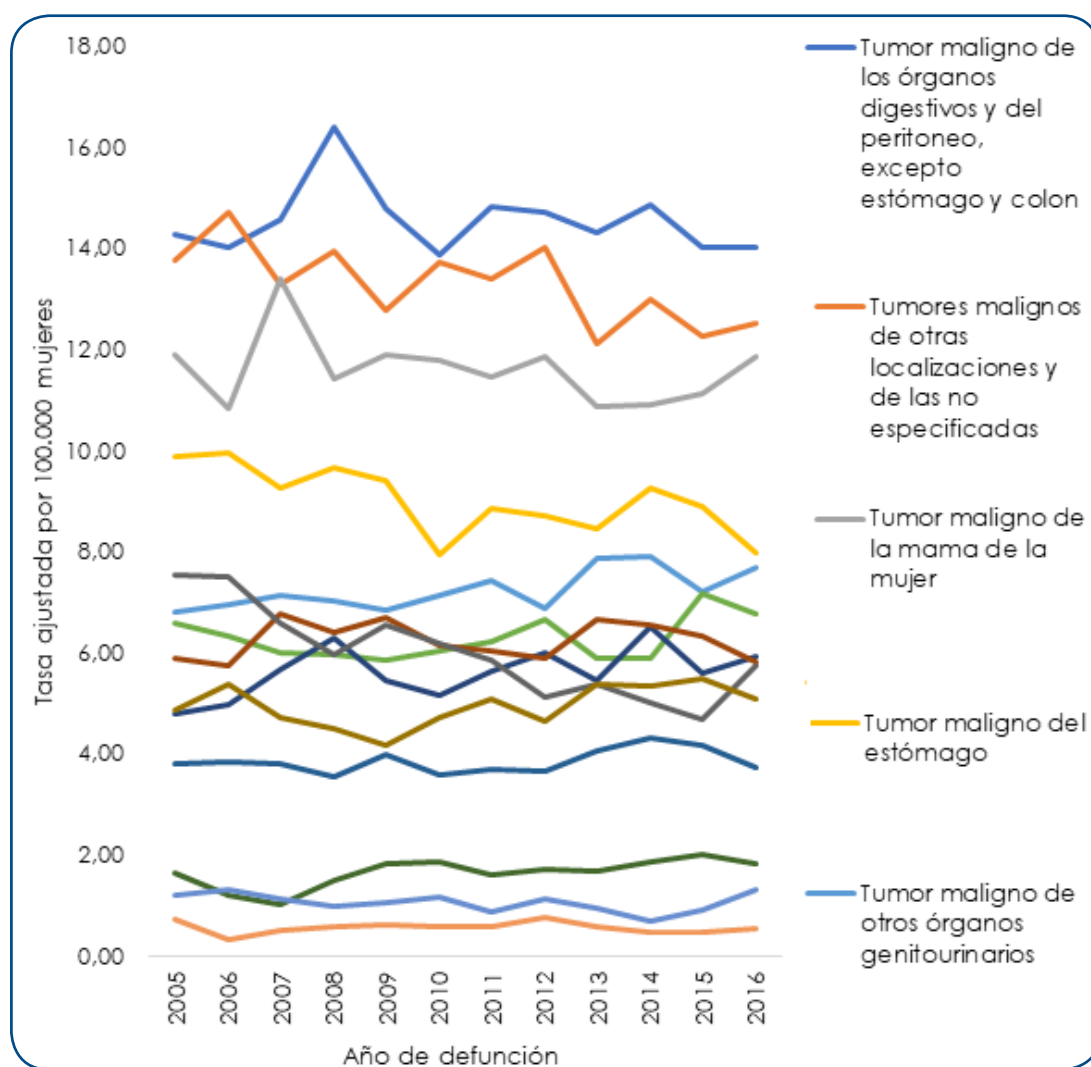
Gráfico 19. Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias. Bogotá D. C., 2005 – 2016



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

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 – 2016 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 100.000 mujeres y los aumentos estuvieron entre 0,2 y 0,7 x 100.000 personas. La tasa que más disminuyó en el periodo correspondió al tumor maligno del cuello de estómago, mientras que la que más aumentó correspondió a tumor maligno de otros órganos genitourinarios, respecto del año 2015 la tasa que más aumentó fue la correspondiente a tumor maligno de cuello de útero (1.07 x 100.000 mujeres) y la que más disminuyó fue la tasa de tumor maligno del estómago (0.9 x 100.000 mujeres) (Gráfico 20).

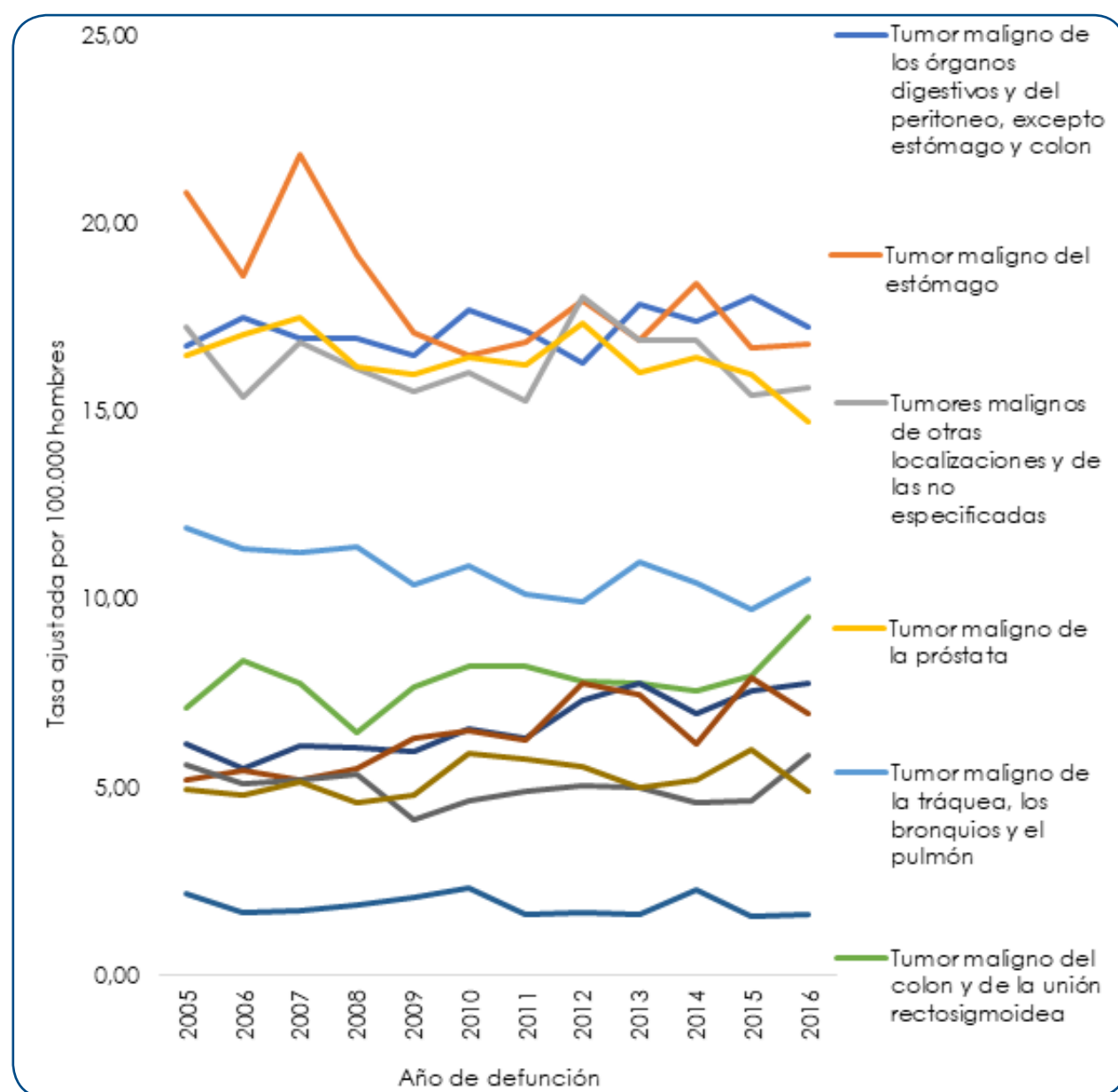
Gráfico 20. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por neoplasias. Bogotá D. C., 2005 - 2016



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 ascendente: tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon; tumor maligno de estómago y tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas. La tendencia de la mortalidad específica por cáncer de estómago en hombres tiende a la disminución durante los últimos años, sin embargo, para el tumor maligno de colon y de la unión rectosigmoidea se evidencia un aumento en el periodo 2005 – 2016 siendo éste de (2,3 muertes x 100.000 hombres); el tumor maligno del estómago disminuyó en 4,02 muertes x 100.000 hombres (Gráfico 20).

Gráfico 21. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por neoplasias. Bogotá D. C., 2005 – 2016

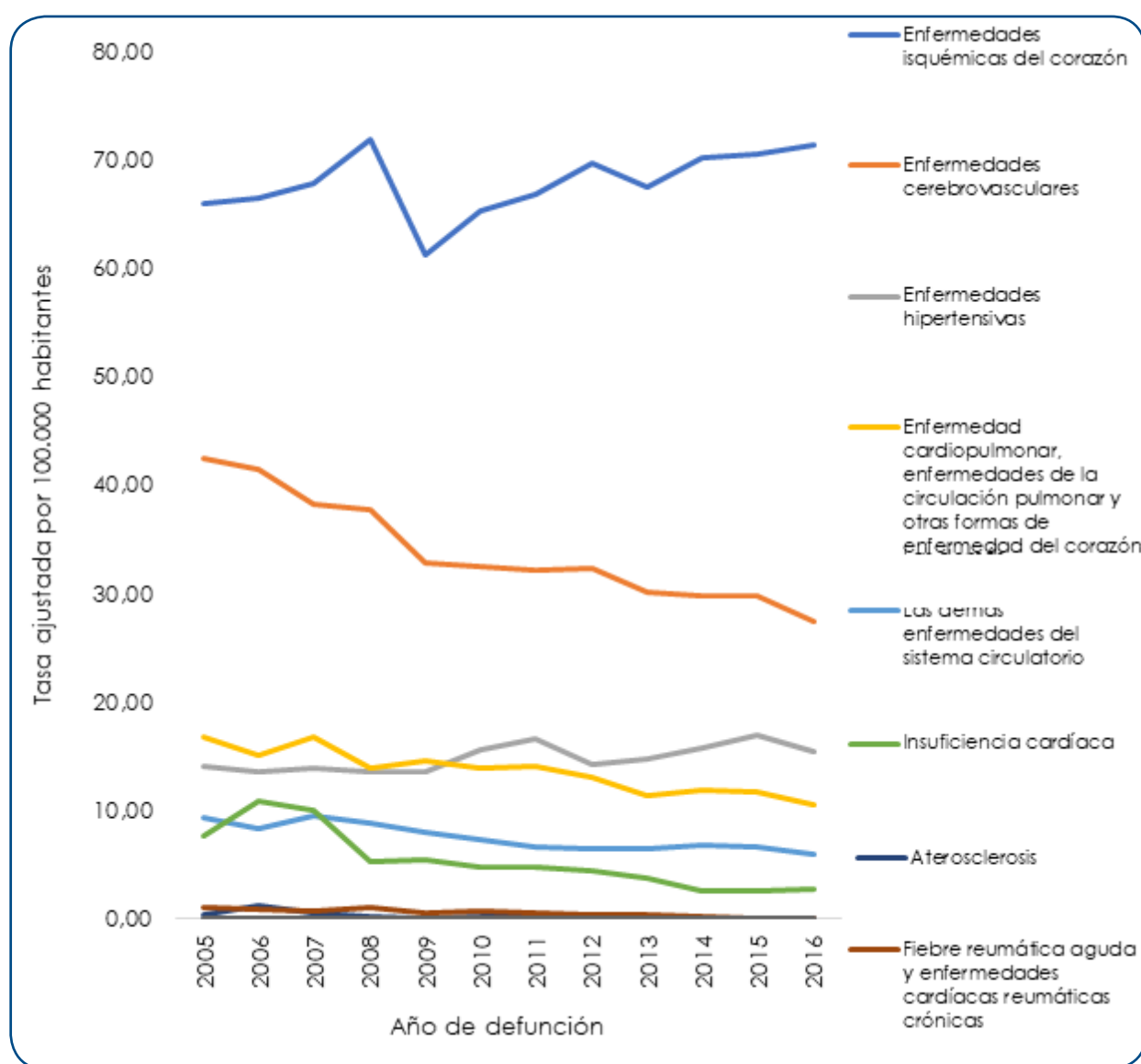


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.2.3. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

Durante el periodo 2005 – 2016, 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 ha sido al aumento (5,35 muertes x 100.00 personas). 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 (15,01 muertes x 100.000 personas) (Gráfico 22).

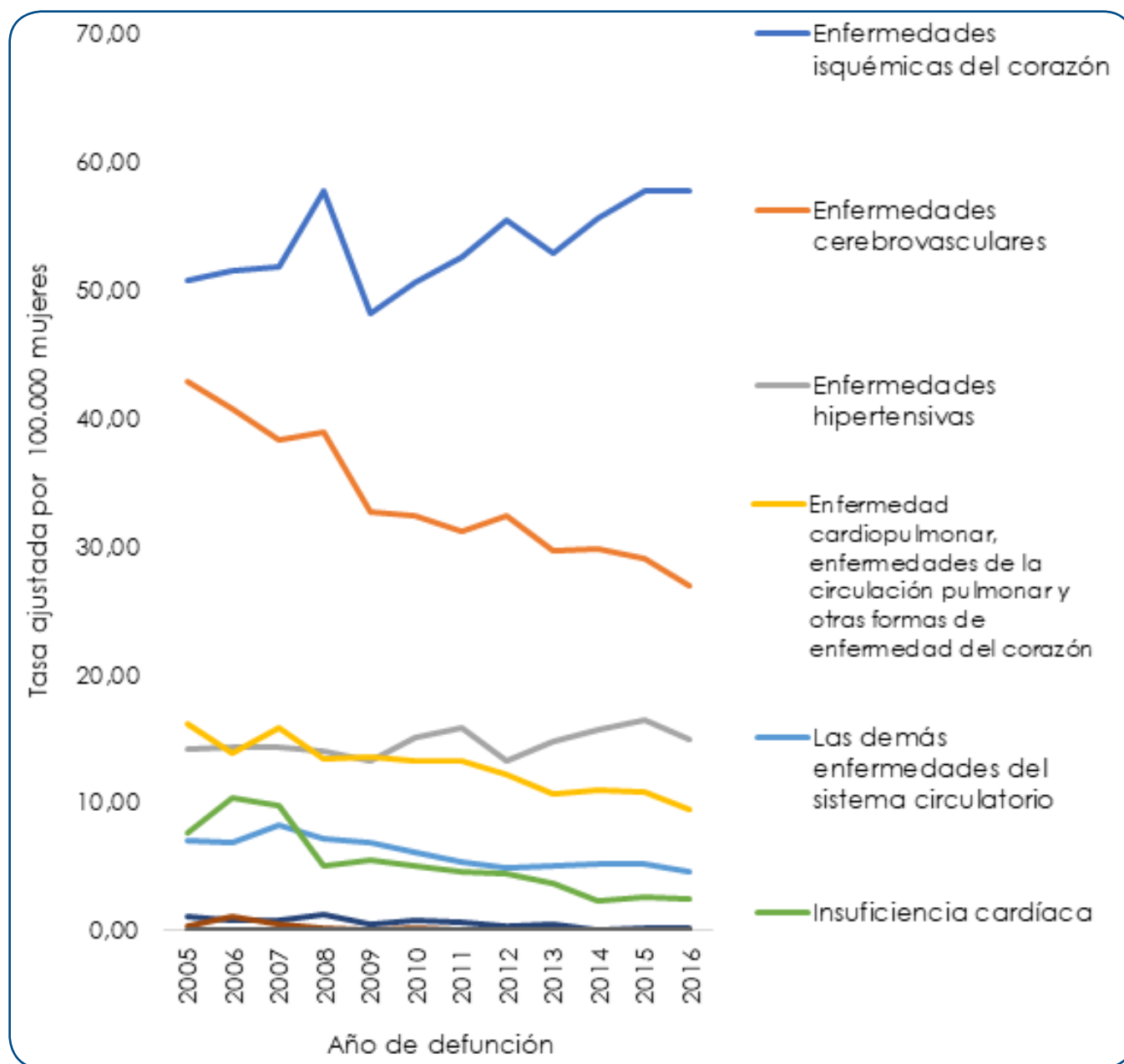
Gráfico 22. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. Bogotá D. C., 2005 – 2016



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

Para el grupo de mujeres, entre las primeras causas de mortalidad específica del sistema circulatorio, se encontraron las enfermedades isquémicas del corazón, seguida de las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas, al igual que el grupo general, presentó la mayor disminución en el periodo de observación las enfermedades cerebrovasculares (16,02 muertes x 100.000 mujeres), mientras que las enfermedades isquémicas del corazón aumentaron en el orden de 7 muertes x 100.000 mujeres (Gráfico 23).

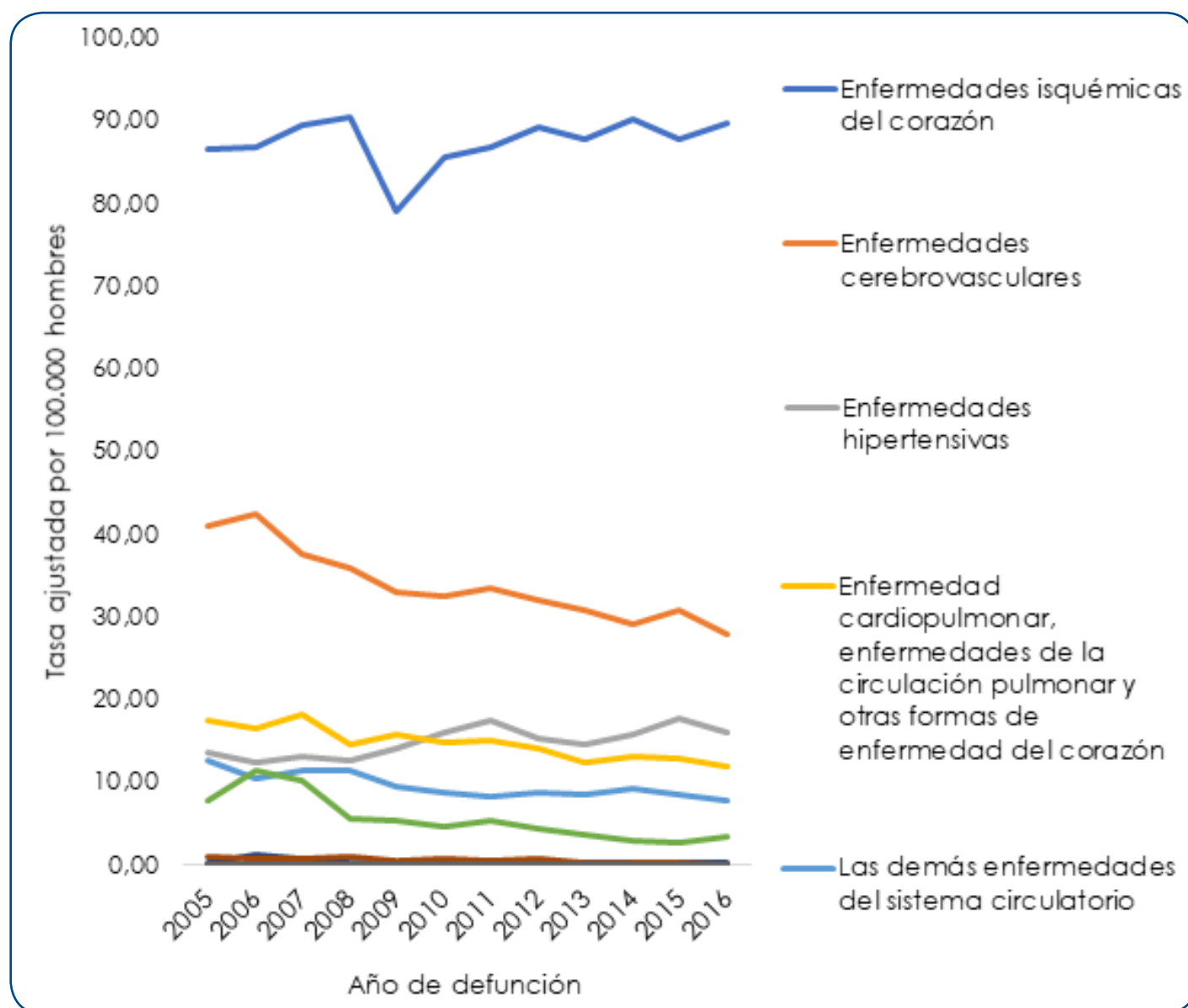
Gráfico 23. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por enfermedades del sistema circulatorio. Bogotá D. C., 2005 – 2016



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 mas altas en este grupo poblacional. Con respecto a la variación, mientras que las enfermedades isquémicas del corazón aumentaron en 3,24 muertes x 100.000 hombres, la disminución mas notable correspondió a las enfermedades cerebrovasculares con 13,08 muertes x 100.000 hombres (Gráfico 24).

Gráfico 24. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por enfermedades del sistema circulatorio. Bogotá D. C., 2005 – 2016

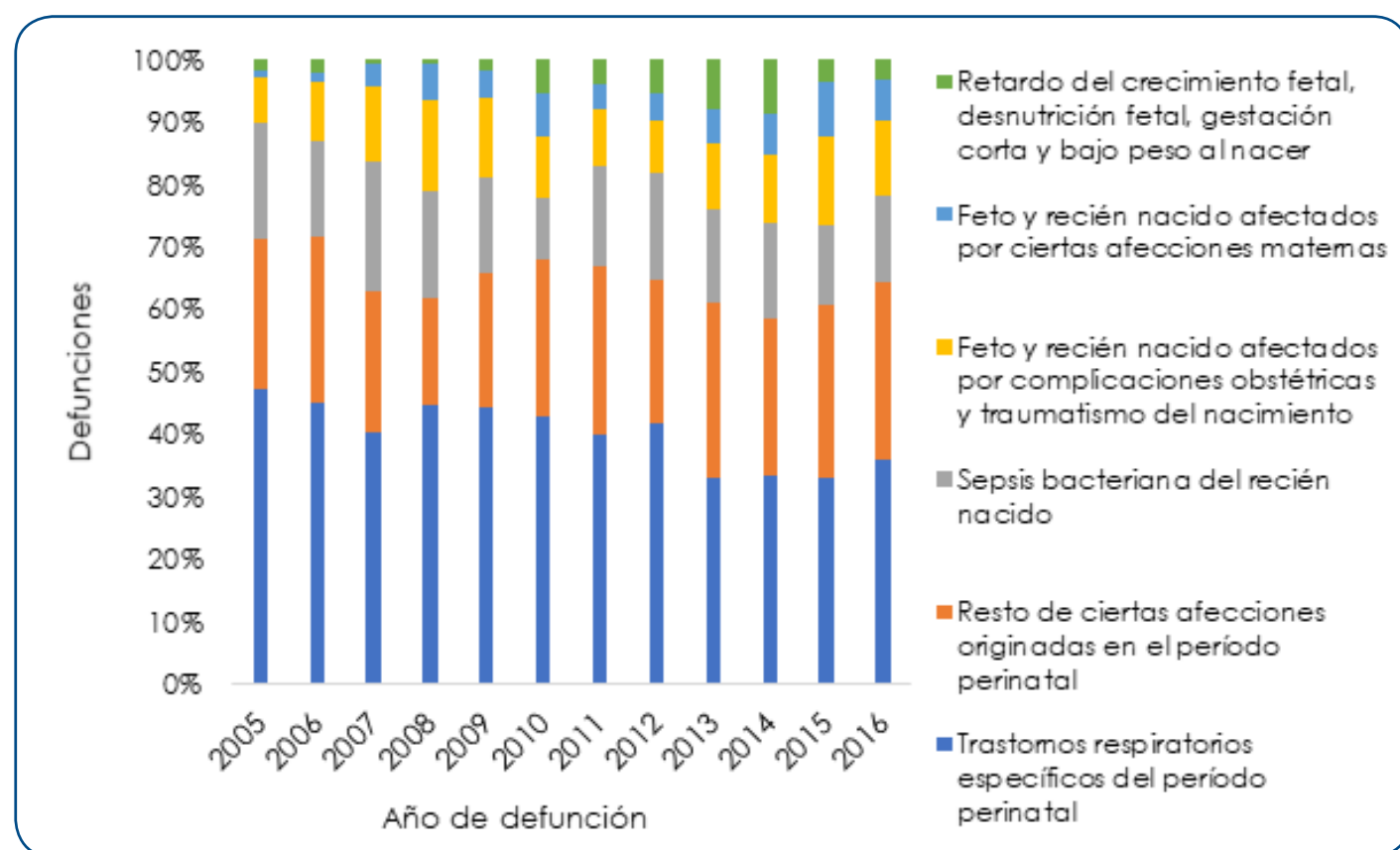


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.2.4. 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 394 casos en 2005 a 175 en 2016, siendo la mayor variación ocurrida para este grupo de causas (Gráfico 25).

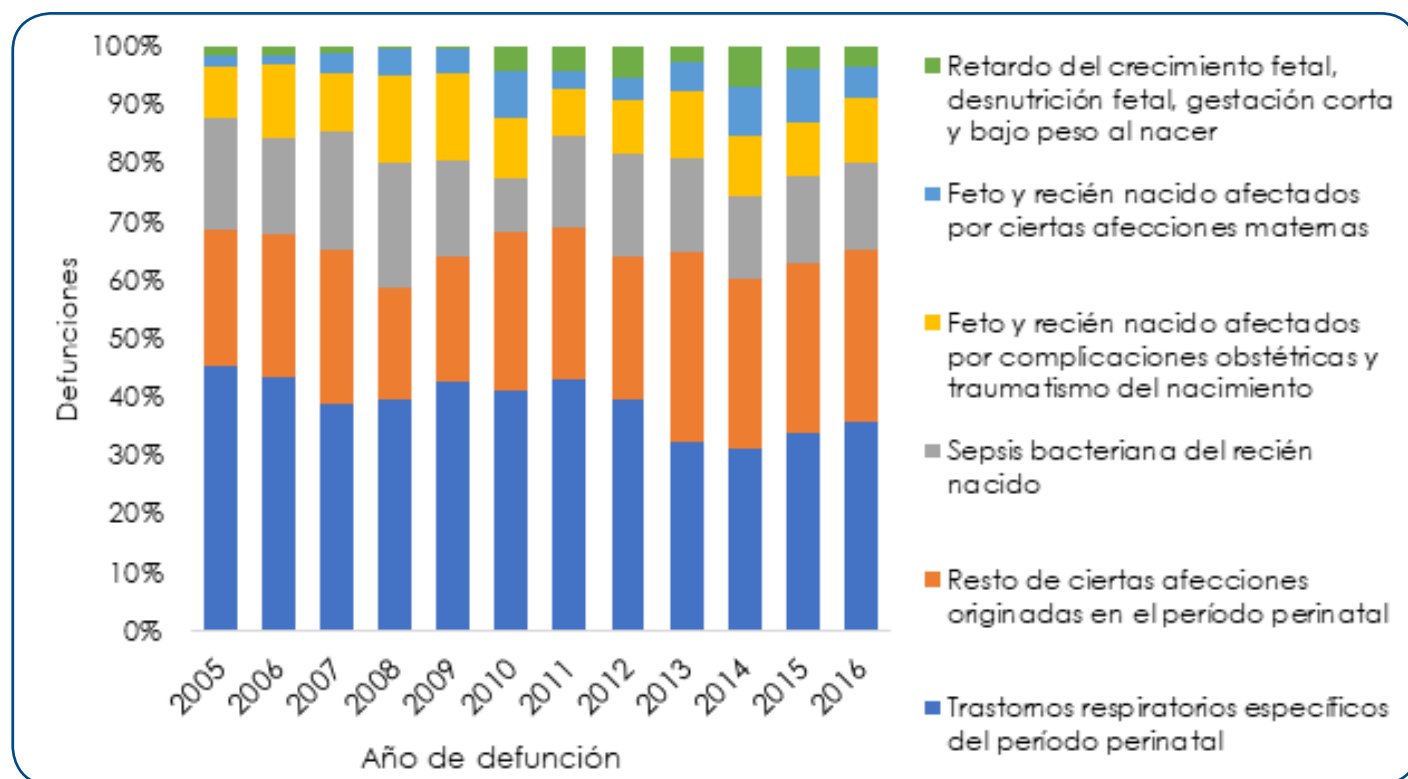
Gráfico 25. Casos de mortalidad por ciertas afecciones en el periodo perinatal. Bogotá D. C., 2005 – 2016



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 periodo perinatal quienes ocupen el primer lugar entre estas causas (72 casos). En tal sentido, los trastornos respiratorios tuvieron la mayor disminución de este grupo de causas (96 casos) mientras que las demás presentaron variación menos evidente (Gráfico 26).

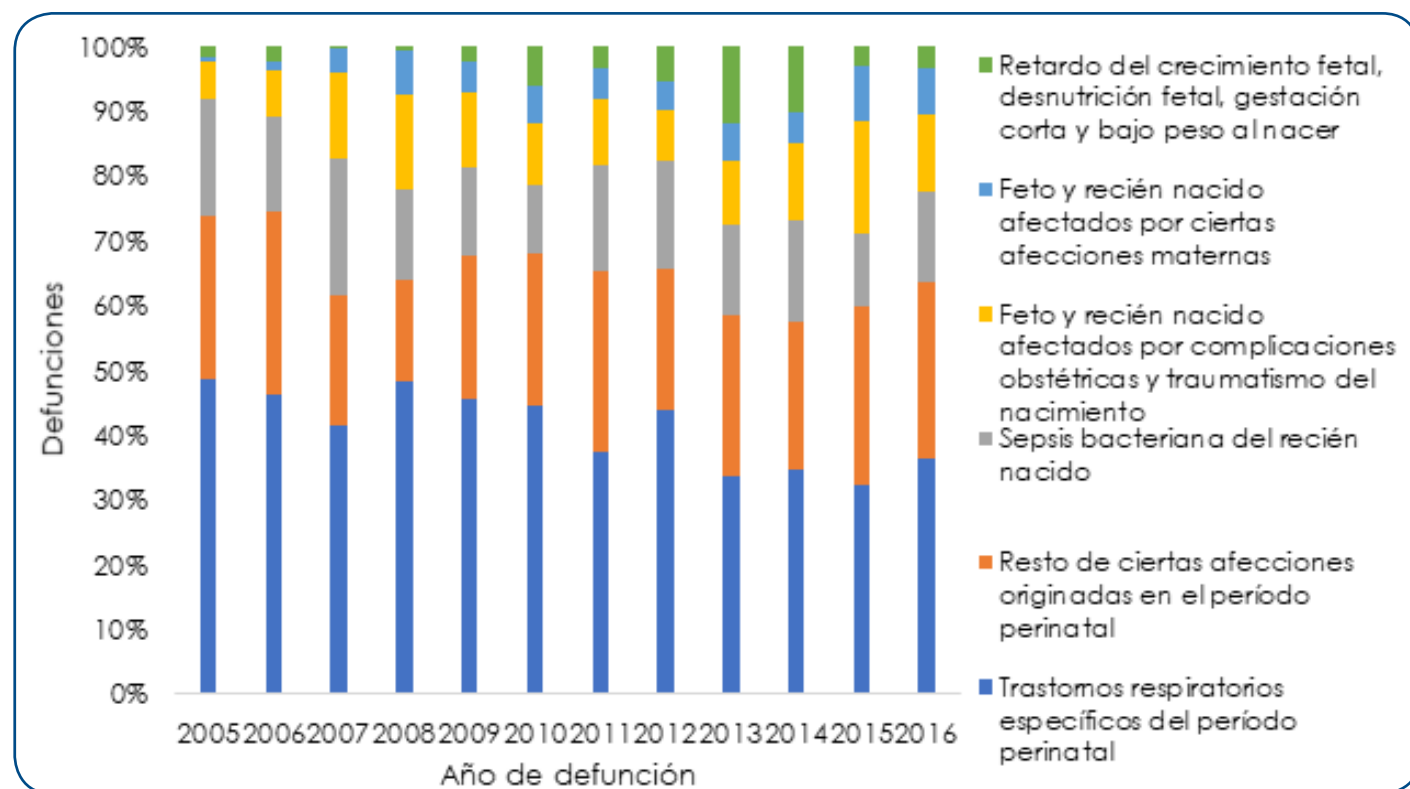
Gráfico 26. Casos de mortalidad en mujeres por ciertas afecciones en el periodo perinatal. Bogotá D. C., 2005 – 2016



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 123 casos (Gráfico 27).

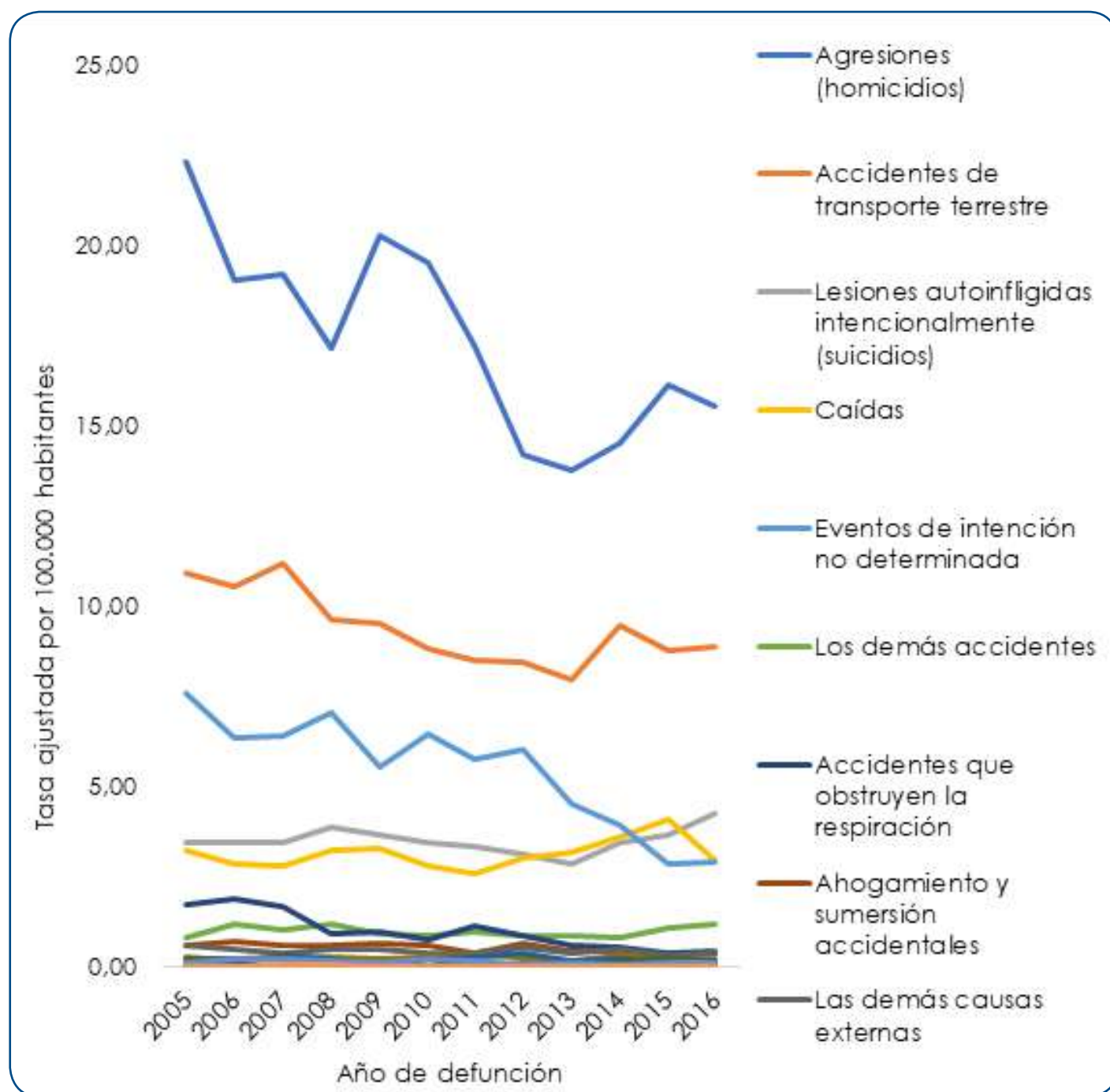
Gráfico 27. Casos de mortalidad en hombres por ciertas afecciones en el periodo perinatal. Bogotá D. C., 2005 – 2016



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

2.2.5. Mortalidad por causas externas

En el 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 al comparar con el 2015 (Gráfico 28).

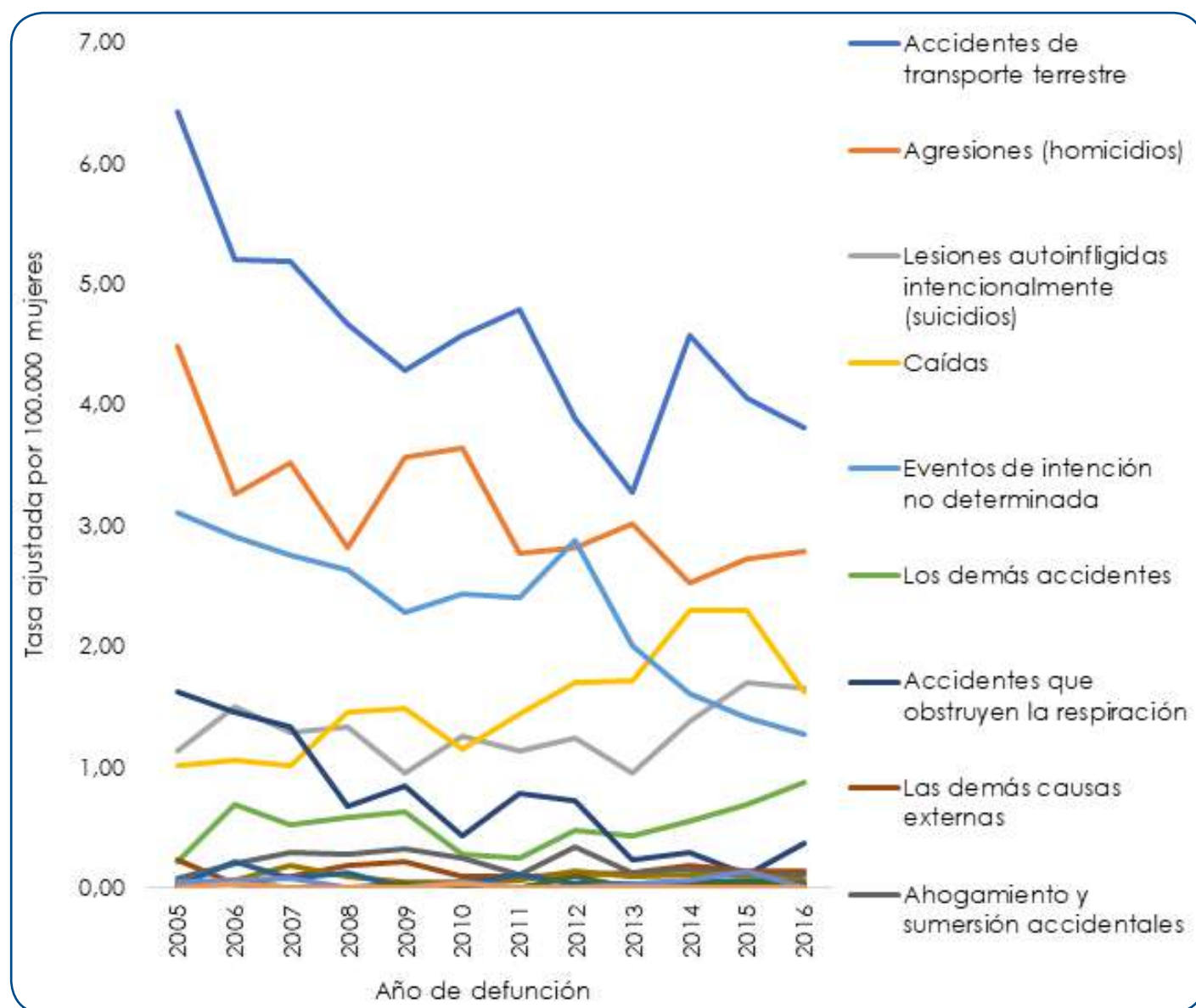
Gráfico 28. Tasa ajustada de mortalidad por causas externas. Bogotá D. C., 2005 – 2016

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

En el grupo de mujeres, se observó una distribución 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 muertes x 100.000 mujeres. Las variaciones más importantes también se presentaron en este subgrupo de causas, disminuyendo su presentación 2,6 y 1,7 muertes x 100.000 mujeres respectivamente (Gráfico 29).

Gráfico 29. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres por causas externas.
Bogotá D. C., 2005 – 2016



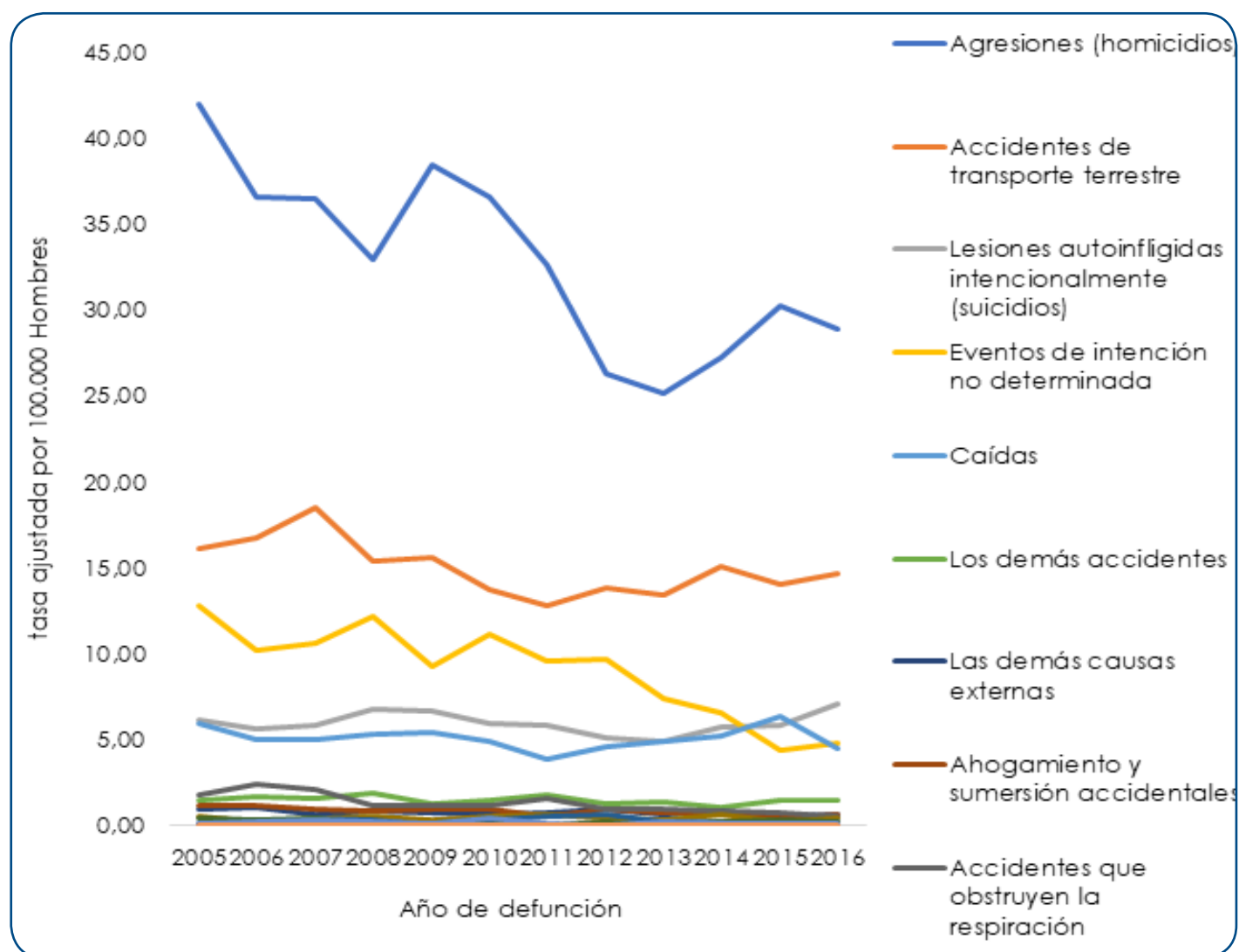
Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

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 nueve 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.

Cuanto a las variaciones, las más altas se dieron en el grupo de agresiones (homicidios) con una reducción de 13,1 muertes x 100.000 hombres y los eventos de intención no determinada que se redujeron en 8,0 muertes x 100.000 hombres. En este grupo, solo tres causas aumentaron su presentación, los eventos de intención no determinada, el envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas y exposición al humo, fuego y llamas, aunque los aumentos no superaron 1 muerto x 100.000 hombres (Gráfico 30).

Gráfico 30. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por causas externas.
Bogotá D. C., 2005 – 2016



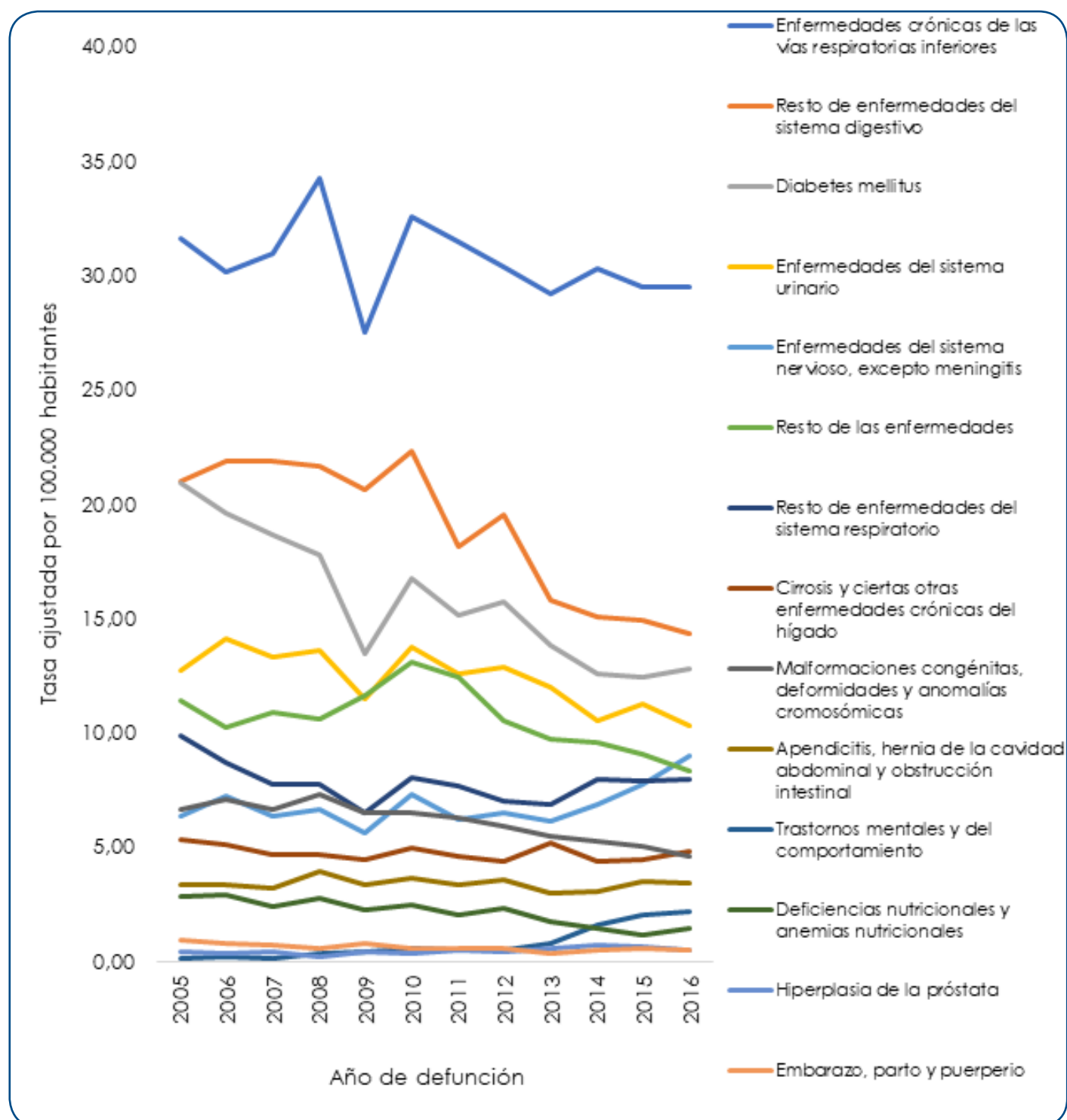
Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

2.2.6. Mortalidad por las demás causas

En el grupo de las demás causas, se observó que las causas que presentaron mayor mortalidad 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.

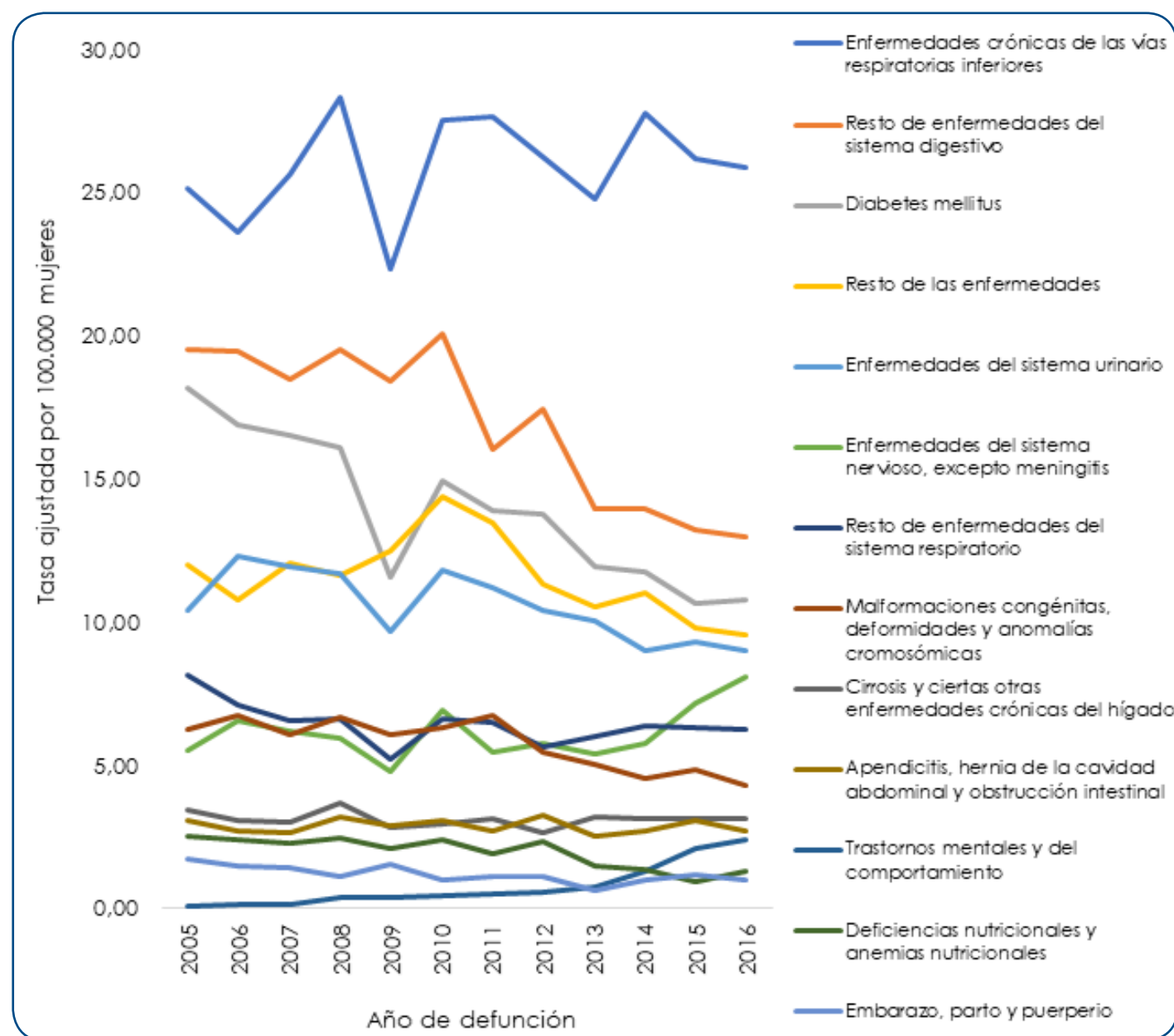
Se observó tendencia a la disminución en la mayoría de las causas, aunque enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis y los trastornos mentales y del comportamiento presentaron aumentos leves en el final del periodo de análisis. (2,65 y 2,08 muertes x 100.000 habitantes). Las variaciones más altas las presentaron diabetes mellitus con disminución de (8,17 muertes x 100.000 habitantes) y resto de las enfermedades del sistema digestivo (6,62 muertes x 100.000 habitantes) (Gráfico 31).

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. Las variaciones con tendencia a la disminución se presentaron en Diabetes mellitus (7,39 muertes x 100.000 mujeres) y resto de enfermedades del sistema digestivo (6,50 muertes x 100.000 mujeres) (Gráfico 32).

Gráfico 31. Tasa ajustada de mortalidad por las demás causas. Bogotá D. C., 2005 – 2016

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

**Gráfico 32. Tasa ajustada de mortalidad en las mujeres por las demás causas.
Bogotá D. C., 2005 – 2016**



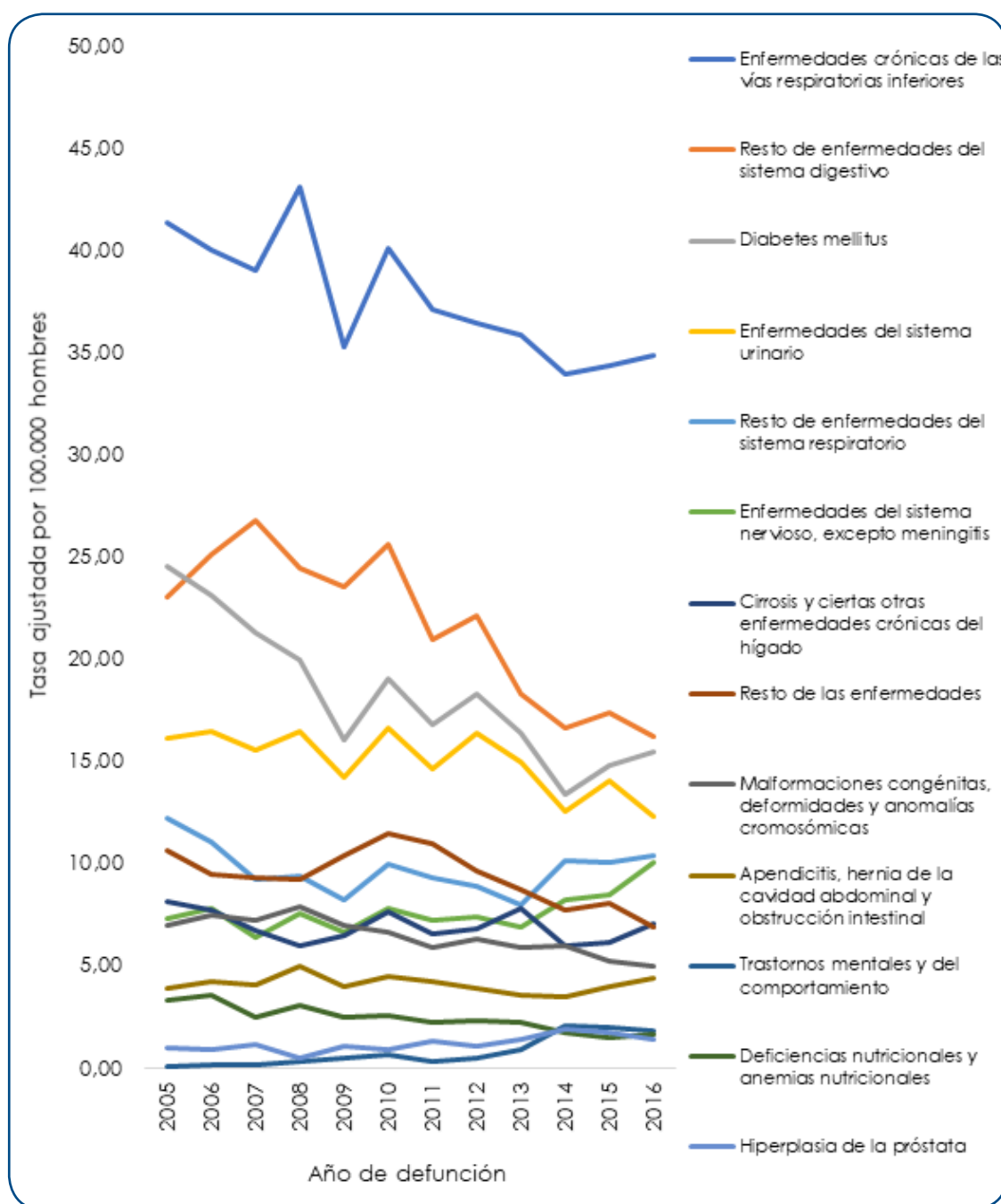
Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

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 disminuciones más importantes se dieron en diabetes mellitus (9,07 muertes x 100.000 hombres) y en el resto de enfermedades del sistema digestivo (6,82 muertes x 100.000 hom-

bres). 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 (Gráfico 33).

**Gráfico 33. Tasa ajustada de mortalidad en hombres por las demás causas.
Bogotá D. C., 2005 – 2016**



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 la de la nación. En el seguimiento, se observó que para el último año los indicadores: Tasa de tumor maligno de próstata, Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios) y tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles presentaron disminución en comparación con el año inmediatamente anterior (tabla 17).

Tabla 17. Prioridades comparadas con la nación, Bogotá D. C., 2016

Causa de muerte	Colombia 2016	Bogotá D.C. 2016	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	15,10	8,90	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,36	11,86	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,84	5,74	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	14,76	14,72	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	10,82	11,67	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	15,48	12,77	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-inflingidas intencionalmente	5,07	4,24	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1,53	2,18	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	24,30	15,55	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘		
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,09	0,03	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	34,48	23,83	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘		
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,38	0,03	↘	-	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗		

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

2.3. Mortalidad materno infantil y en la niñez

2.3.1. Mortalidad en menores de 1 año

La tasa de mortalidad específica en menores de 1 año para el año 2016, 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 – 2016), aún sigue siendo la principal causa de muerte en el rango de edad en estudio (50 % de todas las muertes) con una tasa de mortalidad de 4,76 por 1.000 nacidos vivos.

En segundo lugar, se encuentran las malformaciones congénitas con una tasa de mortalidad de 2,40 por 1.000 nacidos vivos, seguido de las enfermedades del sistema respiratorio con una tasa específica de 0,75 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 18).

Tabla 18. Tasa de mortalidad en niñas y niños menores de 1 año. Bogotá D. C., 2005 – 2016

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	2016
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,41	0,33	0,30	0,27	0,17	0,21	0,23	0,45	0,35	0,13	0,18	0,08
Tumores (neoplasias)	0,06	0,07	0,04	0,06	0,08	0,07	0,06	0,07	0,10	0,12	0,08	0,07
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	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	0,05
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	0,18
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoidea	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,08	0,09	0,06	0,10	0,07	0,13	0,06	0,07	0,08	0,07	0,08	0,06
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	0,75
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	0,07
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	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	7,43	6,77	7,12	6,31	6,14	5,69	6,07	6,01	5,00	5,35	4,51	4,76
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	2,40
Signos, síntomas y hallazgos anormales de recién nacidos 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	0,69
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,04	0,00	0,04
Causas externas de mortalidad y morbilidad	0,32	0,36	0,32	0,10	0,26	0,10	0,10	0,17	0,10	0,20	0,06	0,11

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 19 y 20), esto se traduce en tasas de mortalidad más altas en el grupo de hombres durante todo el periodo de observación.

Tabla 19. Tasa de mortalidad en niños menores de 1 año. Bogotá D. C., 2005 - 2016

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	2016
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	0,02
Tumores (neoplasias)	0,05	0,07	0,02	0,02	0,08	0,09	0,05	0,06	0,09	0,09	0,09	0,08
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematópoyéticos	0,07	0,05	0,08	0,02	0,02	0,05	0,07	0,02	0,04	0,02	0,04	0,00
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	0,02
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	0,20
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,09	0,12	0,07	0,08	0,08	0,16	0,05	0,04	0,11	0,06	0,06	0,04
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	0,79
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	0,06
Enfermedades del sistema genitourinario	0,03	0,05	0,02	0,02	0,02	0,11	0,00	0,09	0,02	0,09	0,06	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	8,06	7,77	7,92	7,48	6,90	6,08	6,82	6,42	5,48	6,17	5,57	5,38
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	2,63
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	0,87
Todas las demás enfermedades	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
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	0,12

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 20. Tasa de mortalidad en niñas menores de 1 año. Bogotá D. C., 2005 - 2016

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	2016
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	0,15
Tumores (neoplasias)	0,07	0,07	0,07	0,11	0,07	0,06	0,06	0,08	0,10	0,14	0,06	0,06
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematópoyéticos	0,07	0,0	0,05	0,02	0,0	0,06	0,0	0,0	0,02	0,10	0,0	0,04
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	0,08
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	0,17
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	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	0,08
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	0,71
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	0,08
Enfermedades del sistema genitourinario	0,02	0,00	0,04	0,00	0,04	0,06	0,06	0,00	0,00	0,04	0,02	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	6,07	5,70	6,28	5,47	5,34	5,28	5,29	5,59	4,49	4,50	3,40	4,12
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	2,16
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	0,50
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,04	0,00	0,04
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	0,10

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

2.3.2. 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 las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 6,62 por 100.000 menores de 1 a 4 años, seguido de los tumores, enfermedades del sistema respiratorio y signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio con una tasa de 4,96 muertes x 100.000 menores de 1 a 4 años cada una y causas externas de morbilidad y mortalidad 4,76 x 100.000 menores de 1 a 4 años. Este último presentó un descenso importante en el periodo de tiempo analizado, iniciando con una tasa de 10,66 muertes por 1000.000 menores de 1 a 4 años en el 2005 y terminando con una tasa de 4,76 muertes por 100.000 menores de 1 a 4 años en el 2016 (Tabla 21).

Tabla 21. Tasa de mortalidad en niños y niñas de 1 – 4 años. Bogotá D. C., 2005 – 2016

Causa de muerte según lista de clasificación para la mortalidad infantil y del niño	Total											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	3,14	2,32	3,17	2,51	1,18	1,18	2,52	1,17	0,91	1,01	0,12	0,62
Tumores (neoplasias)	5,02	3,79	5,28	4,23	7,18	4,13	4,41	5,21	5,01	4,16	4,98	4,96
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematópoyéticos	0,81	0,21	0,63	0,63	0,85	0,42	0,42	0,91	0,91	1,25	1,01	0,62
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,93	2,53	1,90	2,33	1,90	1,05	0,0	1,26	0,42	1,87	0,42	1,03
Enfermedades del sistema nervioso	7,32	4,00	4,86	5,90	3,17	5,88	2,91	2,51	2,30	2,29	3,91	3,93
Enfermedades del oído y de la apofisis mastoidea	0,0	0,0	0,21	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	2,09	1,26	2,32	1,18	1,06	1,90	0,81	2,30	1,25	2,91	1,25	2,27
Enfermedades del sistema respiratorio	10,21	8,91	7,92	8,25	5,92	8,91	6,31	4,61	5,61	4,16	3,11	4,96
Enfermedades del sistema digestivo	1,67	1,47	0,85	1,90	1,69	1,27	1,26	1,26	0,91	1,25	1,25	0,41
Enfermedades del sistema genitourinario	0,63	0,91	1,06	0,0	0,63	0,42	0,21	0,21	0,42	0,83	0,21	0,21
Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	0,0	0,42	0,42	0,0	0,63	0,42	0,42	0,42	1,25	1,01	1,01	1,21
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,60	10,32	7,92	6,77	7,61	5,06	5,69	6,70	4,80	5,20	4,98	6,62
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	4,96
Todas las demás enfermedades	0,0	0,0	0,42	0,21	0,0	0,42	0,0	0,42	0,63	0,0	0,62	0,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	10,66	9,89	7,92	10,15	6,13	8,91	7,57	7,12	4,80	5,83	2,08	4,76

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 para los niños en el año 2016 las principales causas se relacionan con las malformaciones congénitas con 7,65 muertes x 100.000 niños menores de 1 a 4 años, seguido de signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio y causas externas de morbilidad y mortalidad con 6,04 muertes x 100.000 niños menores de 1 a 4 años cada una y los tumores 4,83 muertes x 100.000 menores de 1 a 4 años; comportamiento similar al de la población total, en relación a las mujeres los niños presentan mayores tasas en los indicadores establecidos (Tabla 22).

Tabla 22. Tasa de mortalidad en niños (hombres) de 1 – 4 años. Bogotá D. C., 2005 – 2016

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	2016
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	0,40
Tumores (neoplasias)	4,91	3,71	4,13	6,61	6,19	4,53	3,69	6,13	6,58	2,46	6,48	4,83
Enfermedades de la sangre y de los órganos hemato poéticos	0,82	0,0	0,83	0,41	0,83	0,82	0,0	0,41	1,22	1,22	1,62	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3,68	4,12	2,07	2,89	1,24	0,0	0,0	1,64	0,41	2,08	0,40	2,01
Enfermedades del sistema nervioso	7,36	4,59	4,55	6,61	2,48	4,94	2,87	3,27	2,08	2,88	6,48	4,83
Enfermedades del oído y de la apofisis mastoidea	0,0	0,0	0,41	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	1,23	1,28	2,48	0,41	1,65	0,82	1,23	1,23	1,68	2,88	2,02	2,42
Enfermedades del sistema respiratorio	11,75	11,23	10,74	9,09	6,19	10,70	6,57	4,09	6,11	5,68	3,24	4,43
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	0,40
Enfermedades del sistema genitourinario	0,82	1,28	0,83	0,0	0,0	0,41	0,0	0,41	0,0	0,81	0,40	0,0
Ciertas afec ciones originadas en el periodo perinatal	0,0	0,82	0,41	0,0	0,41	0,0	0,82	0,0	0,41	1,62	1,62	2,42
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,91	6,28	6,50	5,37	9,49	5,76	3,69	6,13	3,26	6,09	5,26	7,65
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	6,91	9,47	5,37	6,20	3,30	2,88	6,57	4,09	4,07	4,06	3,24	6,04
Todas las demás enfermedades	0,0	0,0	0,41	0,0	0,0	0,82	0,0	0,0	0,81	0,0	0,81	0,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	11,36	11,36	9,92	11,87	7,84	9,88	11,08	8,18	5,70	6,90	2,83	6,04

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 principales causas de muerte las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, enfermedades del sistema nervioso con una tasa de 5,52 muertes por 100.000 menores de 1 a 4 años seguido por los tumores con una tasa de 5,10 muertes por 100.000 menores de 1 a 4 años (Tabla 23).

Tabla 23. Tasa de mortalidad en niñas de 1 – 4 años. Bogotá D. C., 2005 – 2016

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	2016
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,99	2,15	2,99	3,16	2,60	1,30	1,72	1,72	1,28	0,85	0,43	0,85
Tumores (neoplasias)	5,13	3,88	6,49	1,73	8,22	4,32	5,17	4,30	3,00	5,98	3,41	5,10
Enfermedades de la sangre y de los órganos hemato poéticos	0,85	0,43	0,43	0,87	0,87	0,0	0,85	1,29	0,43	1,28	0,43	1,27
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,14	0,86	1,73	1,73	2,60	2,16	0,0	0,86	0,43	1,71	0,43	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	7,27	3,45	5,19	4,39	3,90	6,05	3,02	1,72	2,57	1,71	1,28	2,97
Enfermedades del oído y de la apofisis mastoidea	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	2,99	1,29	2,16	2,60	0,43	3,03	0,43	3,44	0,85	2,99	0,43	2,12
Enfermedades del sistema respiratorio	8,98	6,03	4,76	7,36	5,69	4,08	6,03	5,15	5,14	2,96	2,98	5,52
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	0,42
Enfermedades del sistema genitourinario	0,43	0,43	1,30	0,0	1,30	0,43	0,43		0,85	0,85	0,0	0,42
Ciertas afec ciones originadas en el periodo perinatal	0,0	0,0	0,43	0,0	0,87	0,86	0,0	0,86	2,14	0,43	0,43	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,27	12,89	6,05	8,29	5,69	4,32	7,76	7,30	6,42	4,27	4,69	5,52
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	5,56	6,03	2,16	4,39	4,76	5,62	4,31	3,01	4,28	3,42	2,13	3,82
Todas las demás enfermedades	0,0	0,0	0,43	0,43	0,0	0,0	0,0	0,86	0,43	0,0	0,43	0,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	6,81	6,46	5,62	6,50	4,39	6,92	3,88	6,01	3,85	5,12	1,28	3,40

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

2.3.3. 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 con tasa de mortalidad de 61,91 por cada 100.000 menores de cinco años, las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en 24,15 muertes por cada 100.000 menores de cinco años y enfermedades del sistema respiratorio con una disminución de 16,76 muertes por cada 100.000 menores de cinco años, durante el periodo de observación (2005 – 2016), el mismo comportamiento se evidencia al desagregar por sexo (Tabla 24).

Tabla 24. Mortalidad en niños y niñas menores de 5 años. Bogotá D. C., 2005 – 2016

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	2016
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	10,25	8,28	8,07	7,45	4,56	5,05	6,21	9,02	3,38	3,16	3,32	1,82
Tumores (neoplasias)	5,21	4,40	5,08	4,57	7,27	4,88	4,53	5,35	5,66	5,32	5,30	5,12
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	1,47	1,99	1,16	0,83
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6,56	5,58	6,61	4,40	5,41	2,36	1,38	2,34	1,30	2,82	0,99	1,65
Enfermedades del sistema nervioso	11,09	7,27	7,29	6,78	4,56	7,75	4,36	4,68	4,36	3,16	4,81	6,11
Enfermedades del oído y de la cabeza y del cuello	0,0	0,17	0,17	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	3,19	2,71	3,05	3,22	2,20	3,87	1,48	3,01	2,38	3,49	2,32	2,81
Enfermedades del sistema respiratorio	32,95	28,91	34,74	39,29	22,98	26,94	23,31	21,55	28,48	16,28	12,43	16,19
Enfermedades del sistema digestivo	4,03	3,72	4,24	4,74	3,72	3,03	2,85	2,67	2,36	2,49	2,32	1,49
Enfermedades del sistema genitourinario	1,01	1,18	1,36	0,17	1,01	1,85	0,67	1,00	0,30	1,83	0,83	0,17
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	140,23	130,49	241,84	229,57	120,63	108,60	108,35	108,26	86,98	83,19	77,75	78,62
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	68,58	73,71	69,31	72,83	64,20	62,14	63,05	57,31	58,12	49,17	48,41	44,43
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	26,73	29,16	15,93	18,46	22,64	22,57	20,29	15,37	25,25	11,13	10,61	15,69
Todas las demás enfermedades	0,17	0,0	0,34	0,17	0,0	0,34	0,38	0,50	0,67	0,33	0,50	0,33
Causas externas de morbilidad y mortalidad	14,62	16,88	12,54	10,16	9,97	8,59	7,88	8,69	5,30	8,14	2,65	5,95

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 25).

Tabla 25. Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años. Bogotá D. C., 2005 – 2016

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	2016
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	12,17	8,27	6,63	7,95	2,64	6,98	7,89	7,51	3,90	4,21	3,29	0,64
Tumores (neoplasias)	4,98	4,30	3,64	5,63	6,60	5,26	3,93	5,87	7,15	3,57	6,79	5,15
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematópoyéticos	1,97	0,99	2,32	0,66	0,99	1,61	1,31	0,65	1,63	1,30	1,91	0,0
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	1,93
Enfermedades del sistema nervioso	11,38	9,92	7,95	7,95	4,62	7,36	4,26	5,87	4,23	2,92	2,11	7,08
Enfermedades del oído y de la apofisis mastoidea	0,0	0,33	0,33	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	2,69	3,31	3,31	1,99	2,97	3,62	1,97	1,63	3,25	3,24	2,59	2,57
Enfermedades del sistema respiratorio	40,38	31,74	43,40	44,69	22,78	32,36	27,85	24,48	21,46	39,12	12,38	16,41
Enfermedades del sistema digestivo	3,95	5,62	4,31	3,31	4,62	3,95	3,93	2,61	1,30	3,89	1,91	1,29
Enfermedades del sistema genitourinario	1,32	1,96	0,99	0,33	0,33	2,30	0,0	1,96	0,33	2,27	1,29	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	152,18	151,42	158,36	169,87	126,36	113,46	122,86	112,92	94,62	107,60	96,38	89,43
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	22,02	72,03	75,87	77,47	58,67	63,47	58,32	62,98	58,53	56,39	49,45	48,90
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	38,57	25,79	19,22	21,19	24,10	24,01	24,57	16,64	14,96	12,64	12,38	19,62
Todas las demás enfermedades	0,33	0,0	0,33	0,0	0,0	0,66	0,66	0,0	0,98	0,0	0,65	0,0
Causas externas de mortalidad y morbilidad	17,10	18,51	13,58	12,91	13,21	9,91	10,48	10,12	6,83	9,40	3,35	7,08

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 60,37 muertes x 100.000 menores de 5 años y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una disminución de 25,28 x 100.000 menores de 5 años (Tabla 26).

Tabla 26. Tasa de mortalidad en niñas menores de 5 años. Bogotá D. C., 2005 – 2016

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	2016
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	3,06
Tumores (neoplasias)	5,50	4,50	6,59	3,47	7,96	4,49	5,15	4,79	4,10	7,16	3,71	5,09
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematópoéticos	2,06	0,35	1,39	1,04	0,69	1,01	0,69	1,03	0,68	2,73	0,31	1,70
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	1,36
Enfermedades del sistema nervioso	11,00	4,50	6,59	5,55	4,50	7,91	4,47	3,42	4,10	3,41	2,38	5,09
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoidea	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	3,38	2,08	2,78	4,51	1,38	4,11	1,37	4,45	1,37	3,75	2,01	3,06
Enfermedades del sistema respiratorio	24,76	25,95	25,67	33,64	23,19	21,05	18,55	18,49	15,36	13,29	12,49	15,95
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	1,70
Enfermedades del sistema genitourinario	0,69	0,35	1,73	0,0	1,73	1,38	1,37		0,68	1,36	0,31	0,31
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	129,18	108,99	124,54	101,20	116,20	98,39	95,18	99,28	78,86	78,04	58,20	67,21
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	65,00	70,24	62,44	67,97	59,52	60,71	68,03	51,35	49,50	46,57	47,31	39,72
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	26,67	20,41	12,49	15,61	21,11	21,05	15,81	14,04	15,36	9,54	8,85	11,54
Todas las demás enfermedades	0,0	0,0	0,35	0,35	0,0	0,0	0,0	1,03	0,34	0,68	0,31	0,68
Causas externas de mortalidad y morbilidad	12,01	11,07	11,45	7,28	6,58	7,39	5,15	7,19	4,10	6,82	1,70	4,75

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

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

En la semaforización de la mortalidad materno infantil (Tabla 27), se observa que la mayoría de los indicadores de la ciudad, no presentaron diferencias significativas al ser comparados con los indicadores 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 maternas de acuerdo con el número de nacimientos, lo que lo hace más bajo, siendo esto estadísticamente significativo. También se identifica la Tasa de Mortalidad por Desnutrición con una tasa estadísticamente significativa menor que la registrada en el país, siendo esta tasa casi siete veces más baja para Bogotá.

Tabla 27. Semaforización de la mortalidad materno infantil. Bogotá vs Colombia 2005 – 2016

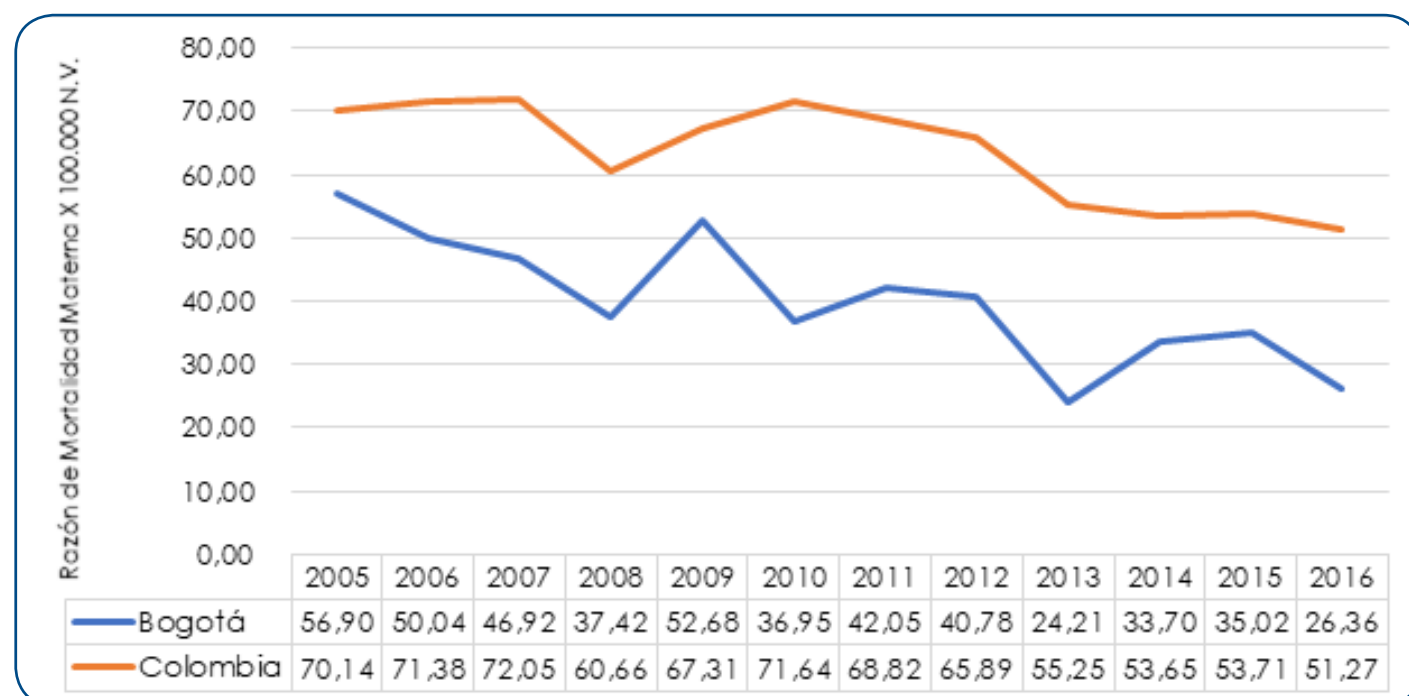
Causa de muerte	Colombia 2016	Bogotá 2016	Comportamiento											
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Razón de mortalidad materna	51,27	26,40	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad neonatal	7,01	6,06	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad infantil	11,15	9,41	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	13,66	11,22	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	13,84	12,39	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	3,46	0,66	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	8,24	0,50	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘

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

2.4.1. Mortalidad materna

El análisis de la mortalidad materna en Bogotá, permite observar una tendencia descendente con fluctuaciones que se presentan cada tres años las cuales no han podido ser explicadas aún. Para el año 2016 se evidencia una razón de 26,36 muertes por 100.000 NV, siendo menor que la presentada para el año 2015 que correspondió a 35,02 muertes por 100.000 NV. En el mismo periodo de tiempo el país también ha presentado una disminución sostenida de la razón de mortalidad materna, a pesar de ser mucho más alta que la del Distrito (Gráfico 34).

Gráfico 34. Razón de Mortalidad Materna. Bogotá vs Colombia 2005 – 2016

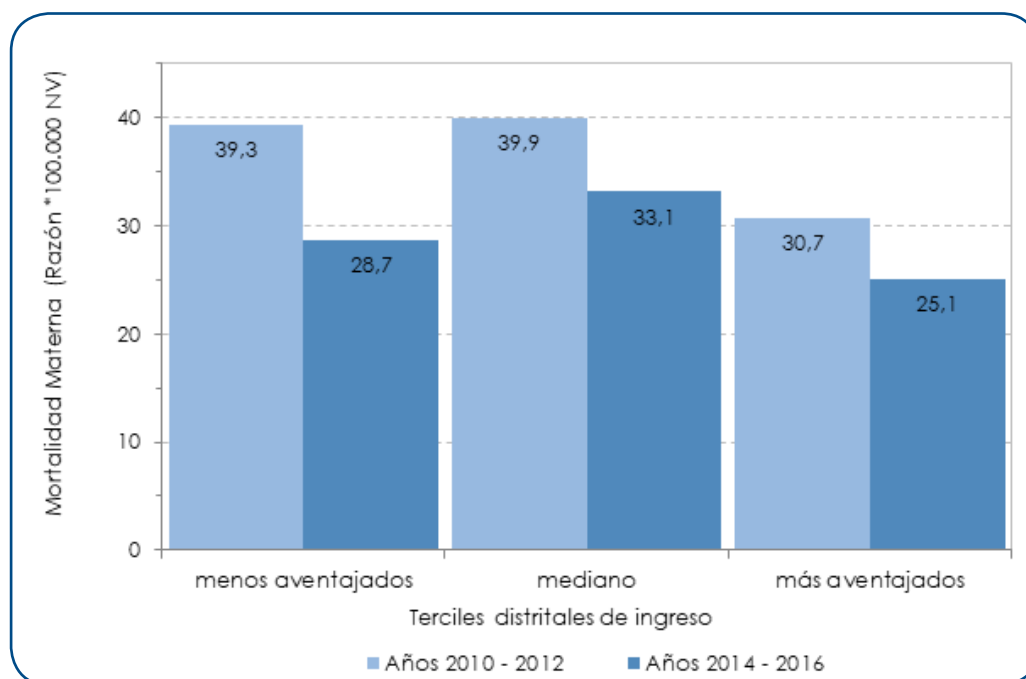


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

De otro lado, el promedio distrital de mortalidad materna disminuyó entre los periodos 2010 – 2012 y 2014 – 2016 pasando de 36,8 muertes maternas por 100.000 NV a 29,3 muertes maternas por 100.000 NV. En el periodo comprendido entre los años 2010 – 2012 las localidades en el tercil menos aventajado según NBI (Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Bosa, Usme, Rafael Uribe Uribe, Candelaria, Santa Fe) tenían un exceso de casi 9 muertes maternas respecto de las localidades en el tercil más aventajado (Engativá, Suba, Fontibón, Antonio Nariño, Chapinero, Teusaquillo); dicho exceso en el periodo 2014-2016 se redujo a casi cuatro muertes, lo cual indica que la desigualdad está desapareciendo.

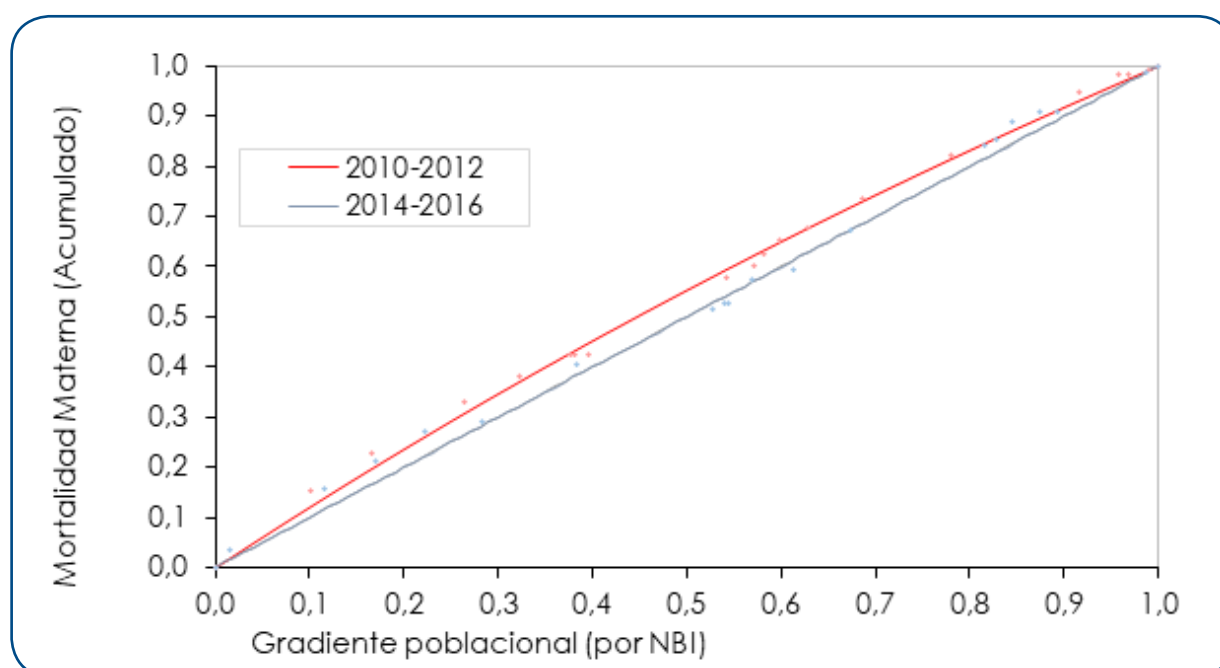
La curva de concentración de la desigualdad confirma que para el periodo 2014 – 2016 disminuyó la desigualdad según el estratificador NBI, llegando prácticamente a desaparecer.

Gráfico 35. Gradiente de salud según NBI, mortalidad materna, periodo 2010 – 2012 vs 2014 - 2016



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2019

Gráfico 36. Curvas de concentración de la desigualdad en salud en la mortalidad materna según NBI, Bogotá D. C., Periodos 2010 - 2012 y 2014-2016



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2019.

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 2016 ha presentado una disminución de 27,94 puntos con respecto al año 2009 (Tabla 28).

Tabla 28. Indicadores de razón de mortalidad materna por etnia. Bogotá D. C., 2009 – 2016

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 - Indígena	SD	SD	SD	SD	SD	1.369,86	SD	1.098,90
2 - Rom (Gitano)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
3 - Raizal (San Andrés Y Providencia)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
4 - Palenquero De San Basilio	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
5 - Negro, Mulato, Afrocolombiano O Afrodescendiente	465,12	SD	519,03	SD	SD	181,82	437,64	222,72
6 - Otras Etnias	52,40	37,49	39,57	40,08	23,42	31,97	32,28	24,46
No reportado	SD	SD		16.666,67	33.333,33	SD	SD	SD
Total general	52,68	36,95	42,05	40,78	24,21	33,70	35,02	26,36

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

El análisis de los mismos indicadores en función del área geográfica (Tabla 29), muestra que en general todos presentaron disminución en el periodo revisado, se evidencia un volumen constante de mortalidad materna en el área rural relacionado con una disminución de nacimientos en esta zona.

Tabla 29. Indicadores de Razón de mortalidad materna por área de residencia. Bogotá D. C., 2009 – 2016

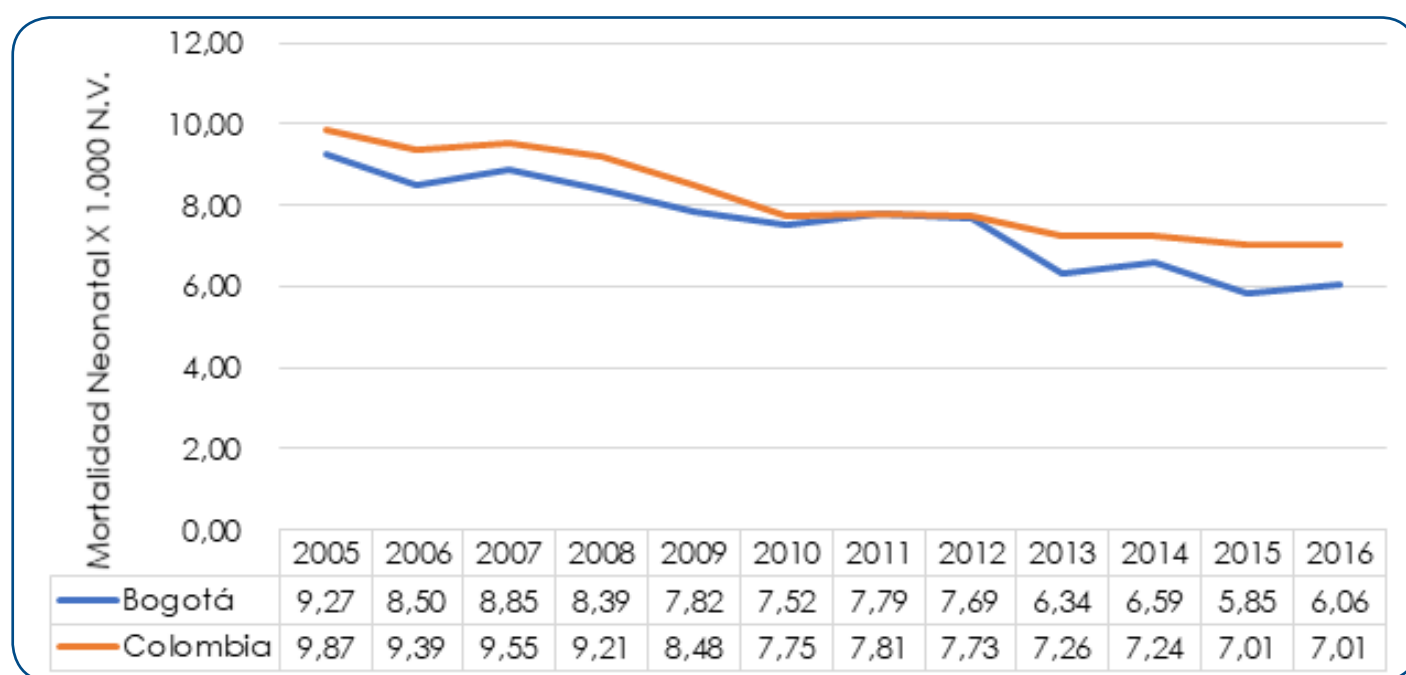
Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 - Cabecera	51,91	36,12	42,10	39,89	24,25	33,74	34,10	26,40
2 - Centro Poblado	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
3 - Área Rural Dispersa	746,27	SD	SD	714,29	SD	SD	SD	SD
Sin Información	SD	5.000,00	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Total general	52,68	36,95	42,05	40,78	24,21	33,70	35,02	26,36

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

2.4.2. 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 - 2016 y al descenso en el periodo 2005 – 2010, 2012, 2013 y 2014. (Gráfico 37). Además, al comparar el inicio del periodo con el último año analizado se observa una diferencia de 3,21 puntos. 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.

Gráfico 37. Tasa de Mortalidad Neonatal. Bogotá vs Colombia 2005 – 2016

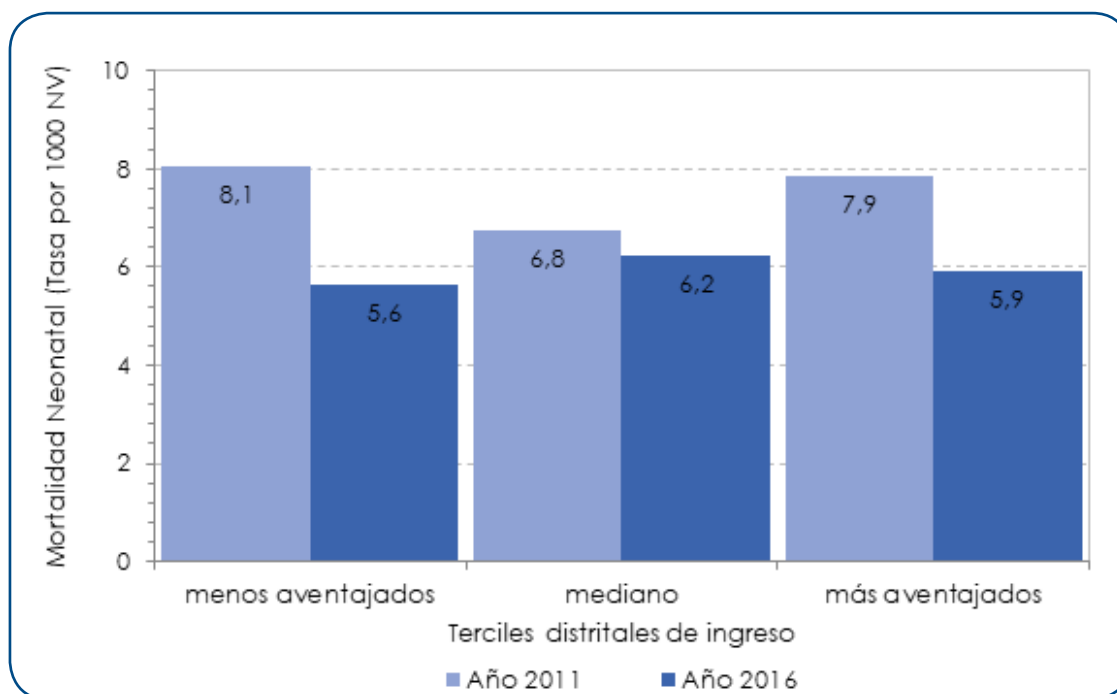


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

En cuanto al análisis de desigualdades, se evidencia que el promedio distrital de mortalidad neonatal disminuyó entre el año 2011 y el 2016 pasando de 7,6 a 5,9 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. Para este último año se presentan tasas más altas en las localidades más aventajadas (Antonio Nariño, Barrios Unidos, Puente Aranda, Chapinero, Engativá, Teusaquillo).

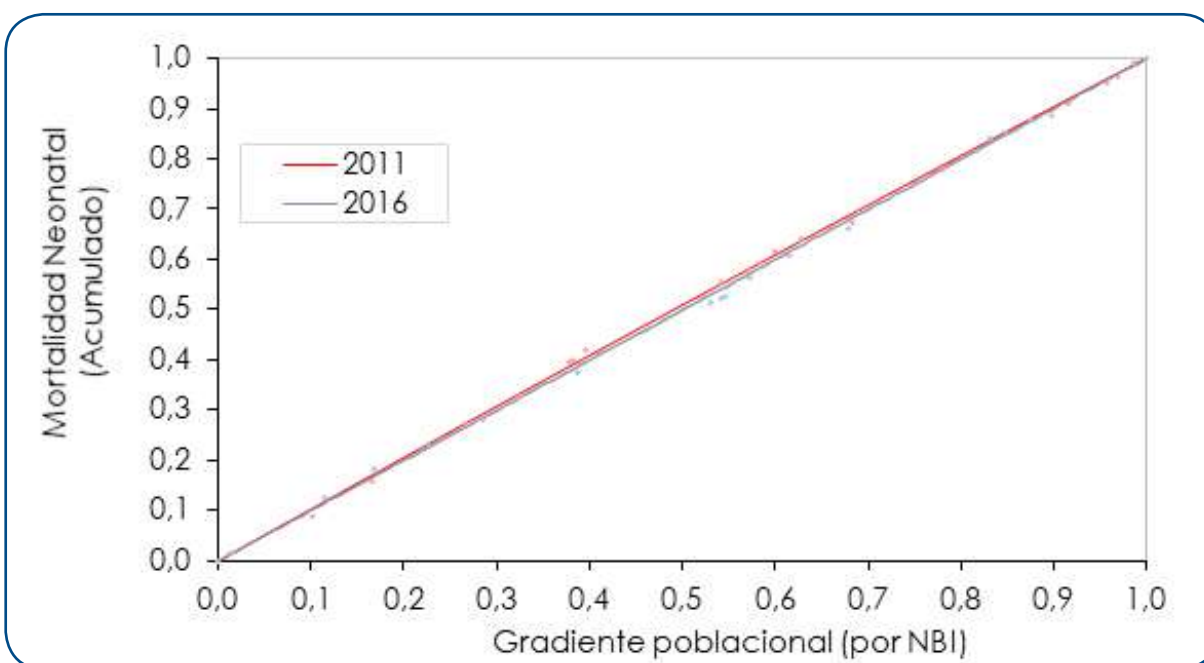
La curva de concentración de la desigualdad confirma que no hay desigualdad según el estratificador NBI y que dicha situación permanece estable entre los años 2011 y 2016.

Gráfico 38. Gradiente de Salud Según NBI, Mortalidad Neonatal, Bogotá D. C., años 2011 vs 2016



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2019

Gráfico 39. Curvas de concentración de la desigualdad en salud en la mortalidad neonatal según NBI, Bogotá D. C., años 2011 vs 2016



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2019.

En el análisis de determinantes estructurales para la mortalidad neonatal, como el grupo étnico (Tabla 30), 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 30,05 puntos con respecto al año 2009.
- Todos los indicadores han reducido su valor.

Tabla 30. Tasa de mortalidad neonatal por etnia. Bogotá D. C., 2009 – 2016

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 - Indígena	54,69	SD	SD	64,10	30,30	13,70	23,26	SD
2 - Rom (Gitano)	SD	125,00	500,00	SD	SD	SD	SD	SD
3 - Raizal (San Andrés y Providencia)	27,78	125,00	SD	SD	SD	SD	SD	SD
4 - Palenquero de San Basilio	SD	SD	SD	SD	SD	500,00	SD	SD
5 - Negro, Mulato, Afrocolombiano O Afrodescendiente	43,41	15,69	24,22	27,22	34,43	25,45	30,63	13,36
6 - Otras Etnias	7,29	7,10	7,55	7,36	6,08	6,40	5,69	6,00
No reportado	14,83	76,48	81,82	3.333,33	2.333,33	2.333,33	SD	SD
Total general	7,82	7,52	7,79	7,69	6,34	6,59	5,85	6,06

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

De otro lado, llama la atención la disminución de 15,59 puntos de la tasa de mortalidad neonatal en el área rural dispersa, entre los años 2009 y 2016, no obstante, al comparar dichos valores entre el área rural dispersa y la cabecera municipal, los valores han ido disminuyendo considerablemente (Tabla 31). Esto puede deberse a la disminución del indicador en la zona urbana.

Tabla 31. Indicadores de tasa de mortalidad neonatal por área de residencia. Bogotá D. C., 2009 – 2016

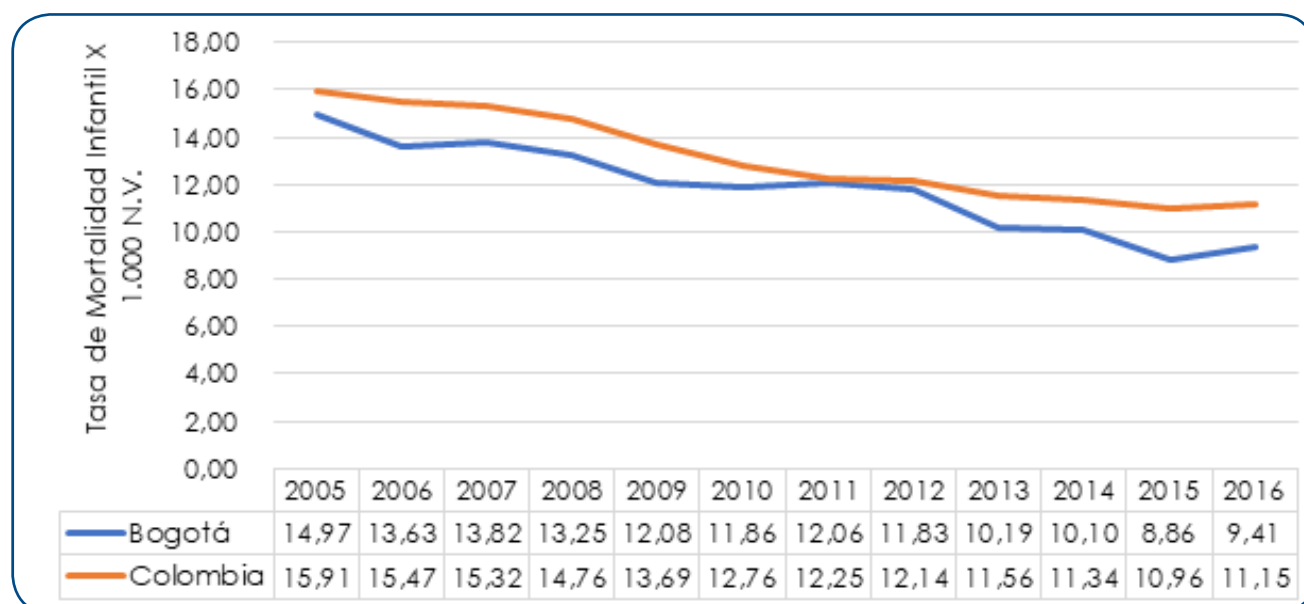
Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 - Cabecera	7,74	7,44	7,77	7,64	6,33	6,52	5,83	5,98
2 - Centro Poblado	SD	SD	SD	58,82	SD	SD	SD	SD
3 - área Rural Dispersa	22,39	44,03	29,13	35,71	14,29	24,19	7,04	6,80
Sin Información	115,94	150,00	SD	500,00	SD	SD	SD	SD
Total general	7,82	7,52	7,79	7,69	6,34	6,59	5,85	6,06

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

2.4.3. Mortalidad infantil

Respecto a la mortalidad infantil en Bogotá, se observó una tendencia a la disminución a través del periodo estudiado, pasando de 14,97 41 muertes x 1.000 NV en el año 2005 a 9,41 muertes x 1.000 NV en 2016. La disminución en la tasa de mortalidad para este periodo fue del orden de los 5,56 puntos. Adicionalmente, se observa correspondencia en el comportamiento de las curvas de tendencia de hombres y mujeres, conservando una diferencia no superior a 3,0 muertes x 1.000 nacidos vivos entre ambas distribuciones a través del periodo estudiado, pero siendo más alta en los menores del sexo masculino (Gráfico 40).

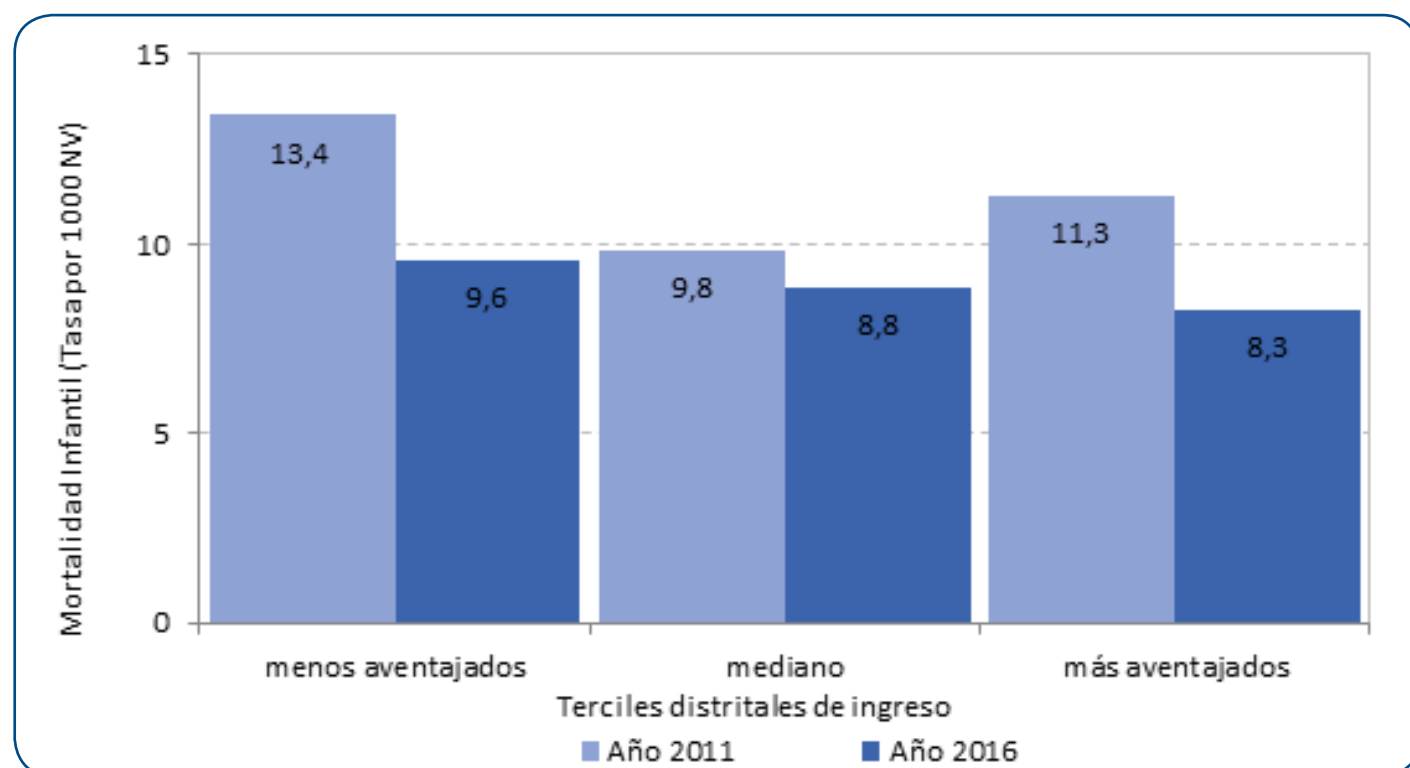
Gráfico 40. Tasa de mortalidad infantil. Bogotá vs Colombia 2005 – 2016



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 2016, pasando de 11,7 muertes infantiles por 1.000 NV a 9,1 muertes infantiles por 1.000 NV. Se presenta disminución de las brechas de desigualdad para 2016, sin embargo, las localidades en el tercil menos aventajado (Santa Fe, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, Usme, San Cristóbal, Bosa, Kennedy), en este mismo año presentan un exceso de 1 muerte infantil respecto de las localidades en el tercil más aventajado (Antonio Nariño, Barrios Unidos, Puente Aranda, Chapinero, Engativá, Teusaquillo).

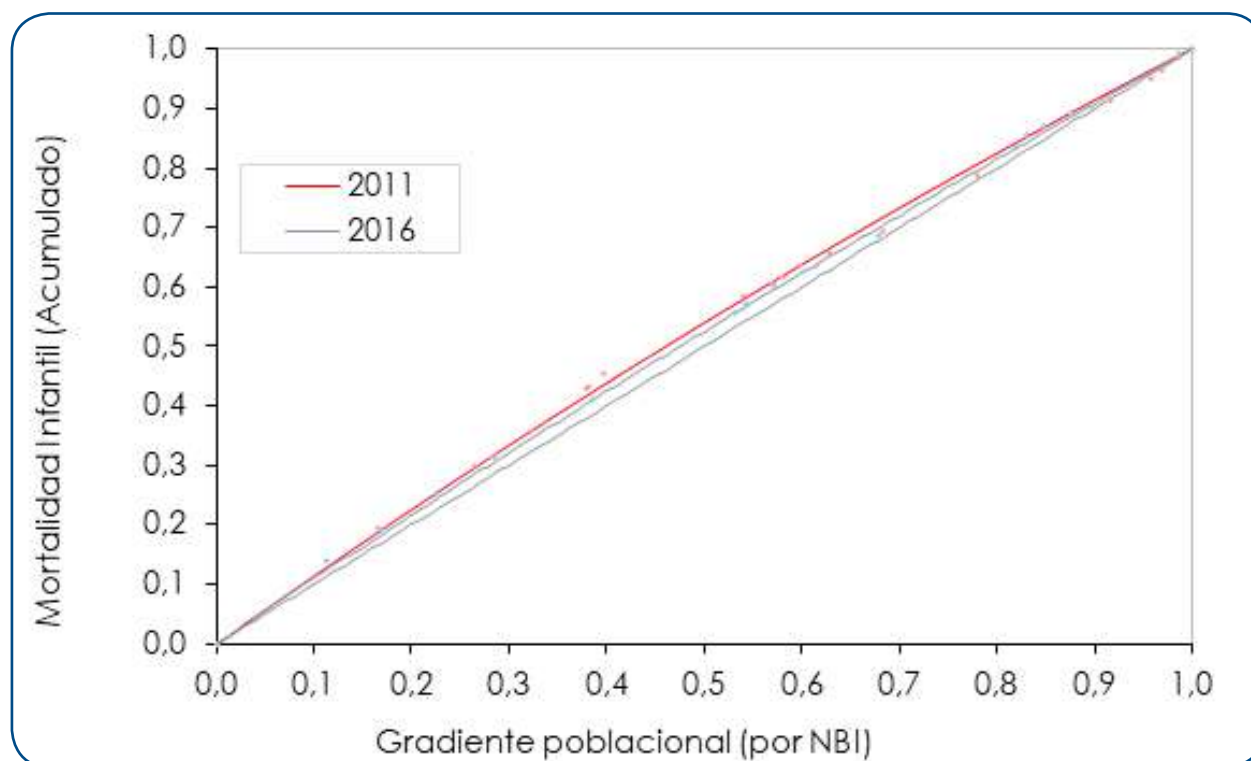
Gráfico 41. Gradiente de salud según NBI, mortalidad infantil, Bogotá D. C., años 2011 vs 2016



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSYE con plantillas OPS – Año 2019.

La curva de concentración de la desigualdad confirma que para el año 2016 se disminuyó la desigualdad según el estratificador NBI, llegando a estar muy cerca de la línea de equidad.

Gráfico 42. Curvas de concentración de la desigualdad en salud en la mortalidad infantil según NBI, Bogotá D. C, años 2011 vs 2016

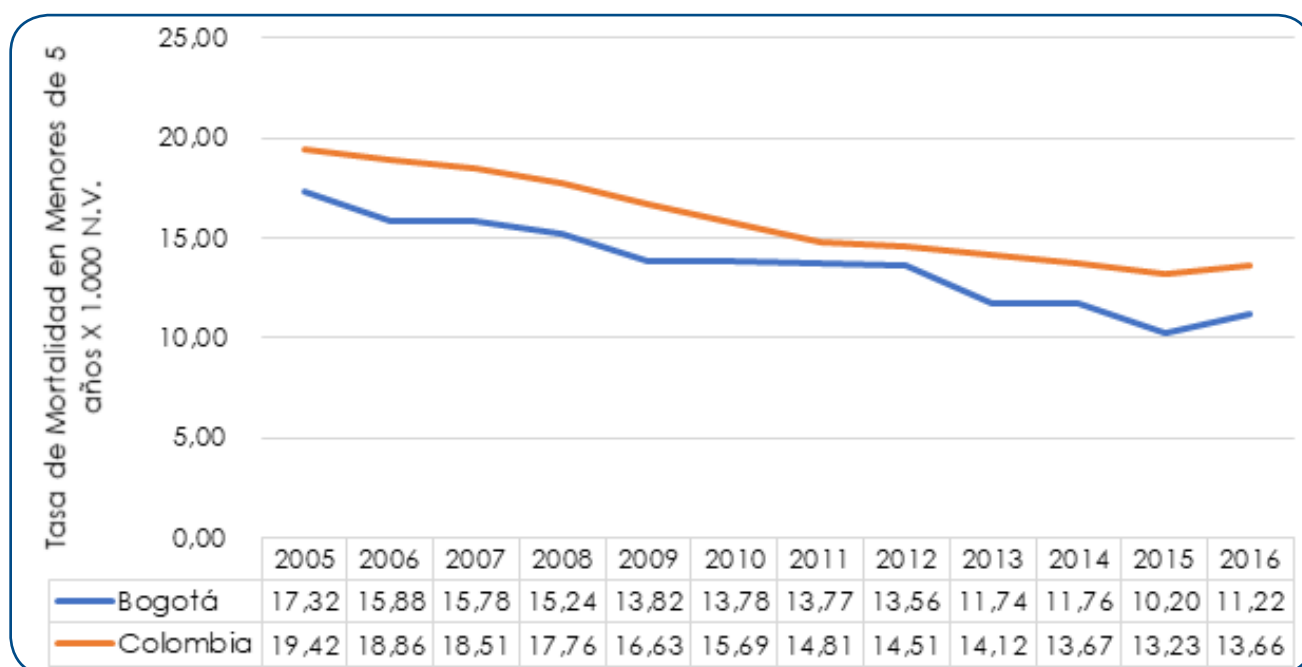


Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSYE con plantillas OPS – Año 2019.

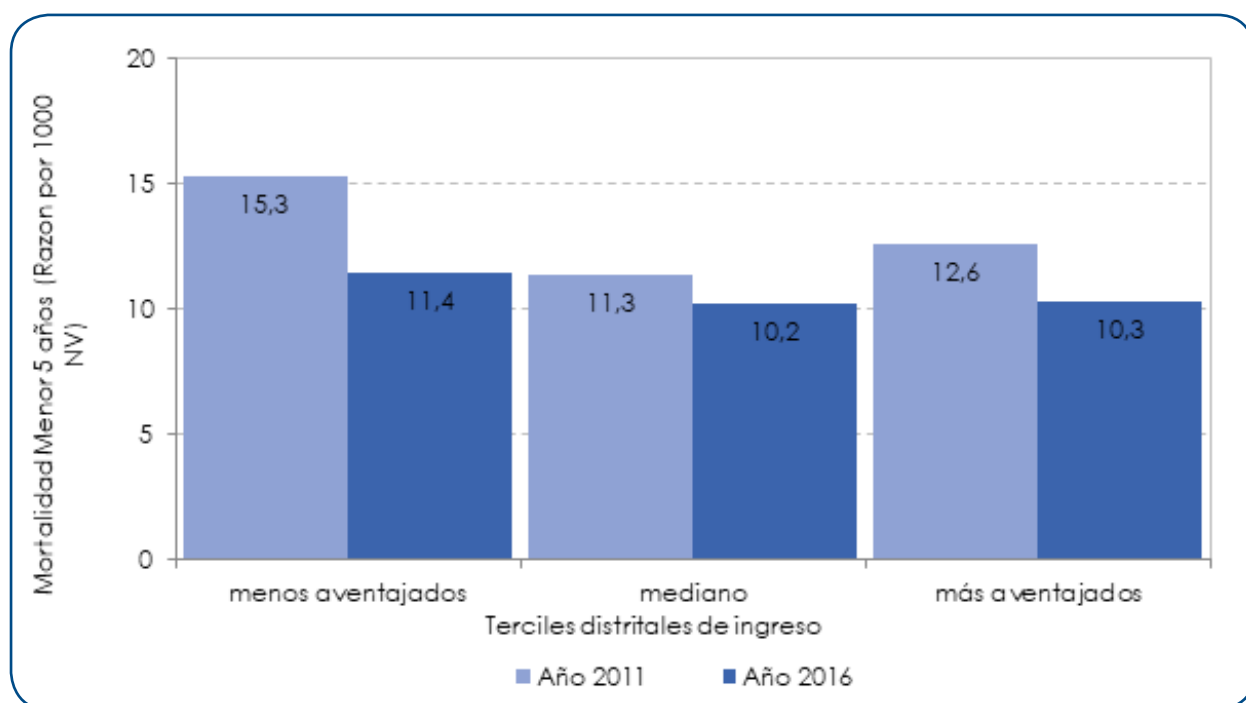
2.4.4. Mortalidad en la niñez

La mortalidad en la niñez en el Distrito, mostró 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 6,1 muertes x 1.000 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 2,9 muertes x 1.000 nacidos vivos respecto a las presentadas en mujeres (Gráfico 43)

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 10,9 muertes por 1.000 NV. Se presenta disminución de las brechas de desigualdad para 2016, sin embargo, las localidades en el tercil menos aventajado (Santa Fe, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, Usme, San Cristóbal, Bosa, Kennedy), en este mismo año presentan un exceso de aproximadamente 2 muerte en menores de 5 años respecto de las localidades en el tercil más aventajado (Antonio Nariño, Barrios Unidos, Puente Aranda, Chapinero, Engativá, Teusaquillo).

Gráfico 43. Tasa de mortalidad en la niñez. Bogotá vs Colombia 2005 – 2016

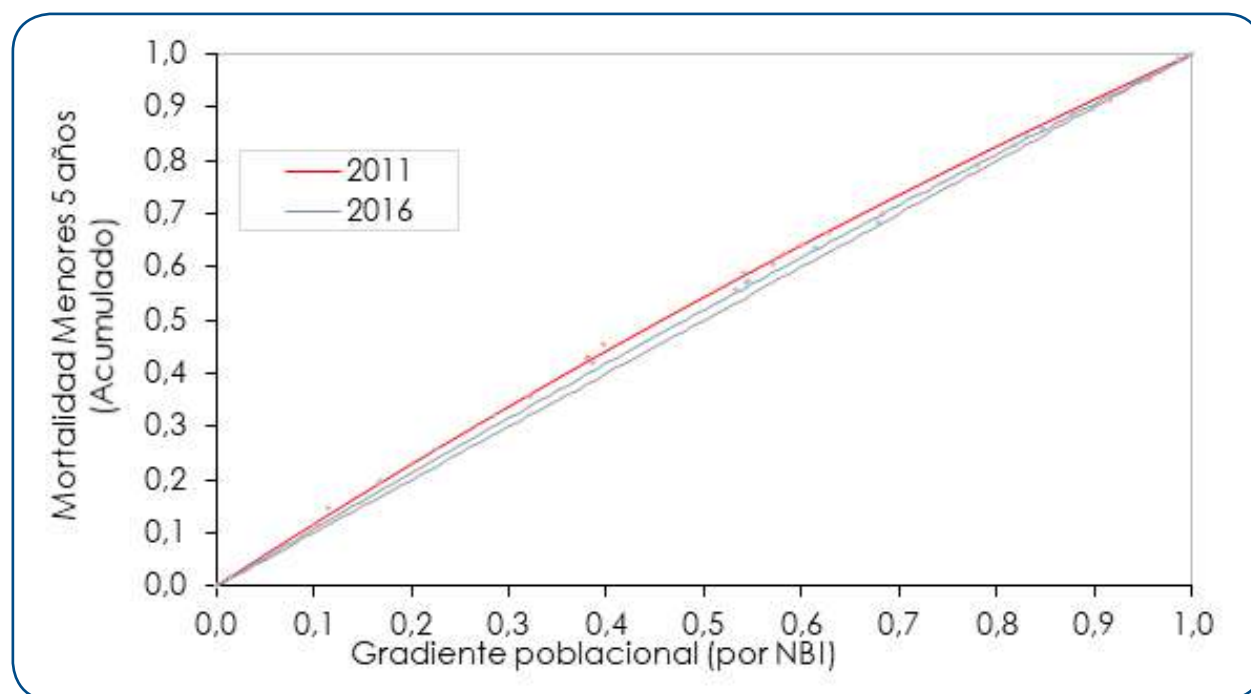
Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfico 44. Gradiente de salud según NBI, mortalidad menores de 5 años, Bogotá D. C., años 2011 vs 2016

Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2019.

La curva de concentración de la desigualdad confirma que para el año 2016 se disminuyó la desigualdad según el estratificador NBI, llegando a estar muy cerca de la línea de equidad.

Gráfico 45. Curvas de concentración de la desigualdad en salud en la mortalidad menores 5 años según NBI, Bogotá D. C., años 2011 vs 2016



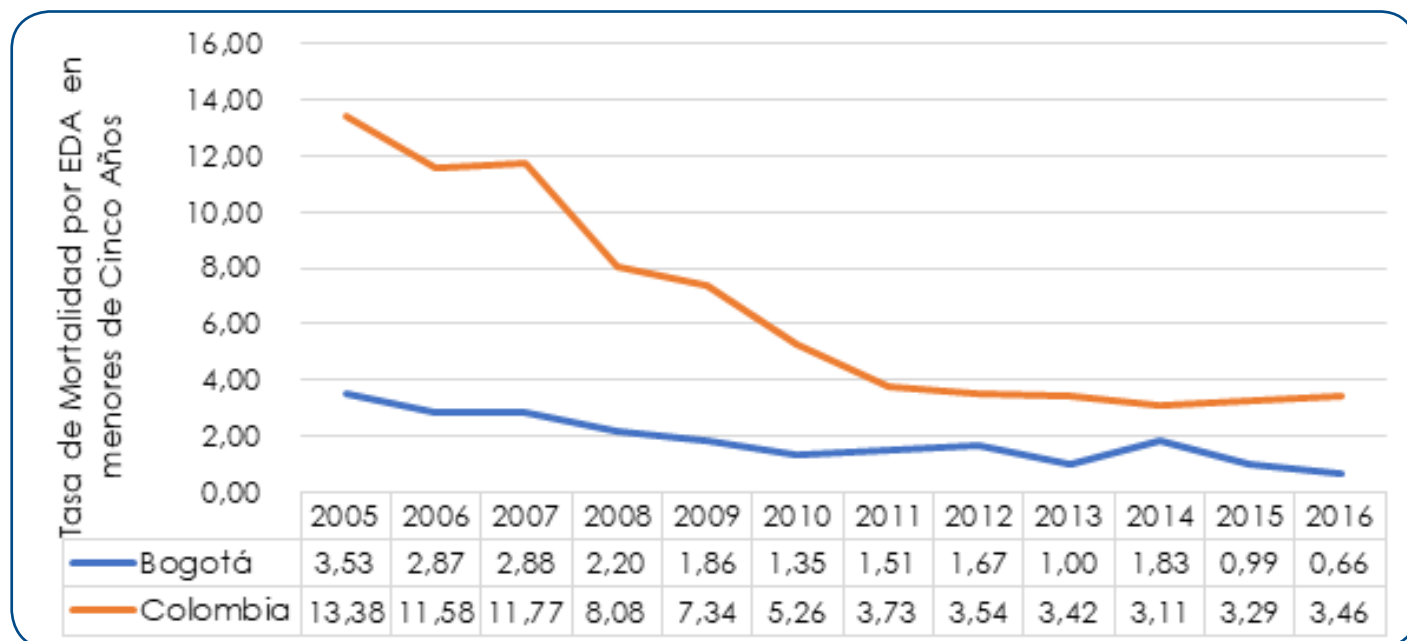
Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2019.

2.4.5. Mortalidad por EDA

La mortalidad por EDA en Bogotá, presentó una tendencia a la disminución, pasando de 3,53 muertes x 100.000 menores de 5 años en el año 2005 a 0,66 muertes x 100.000 menores de 5 años en el 2016. 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 los hombres (Gráfico 46)

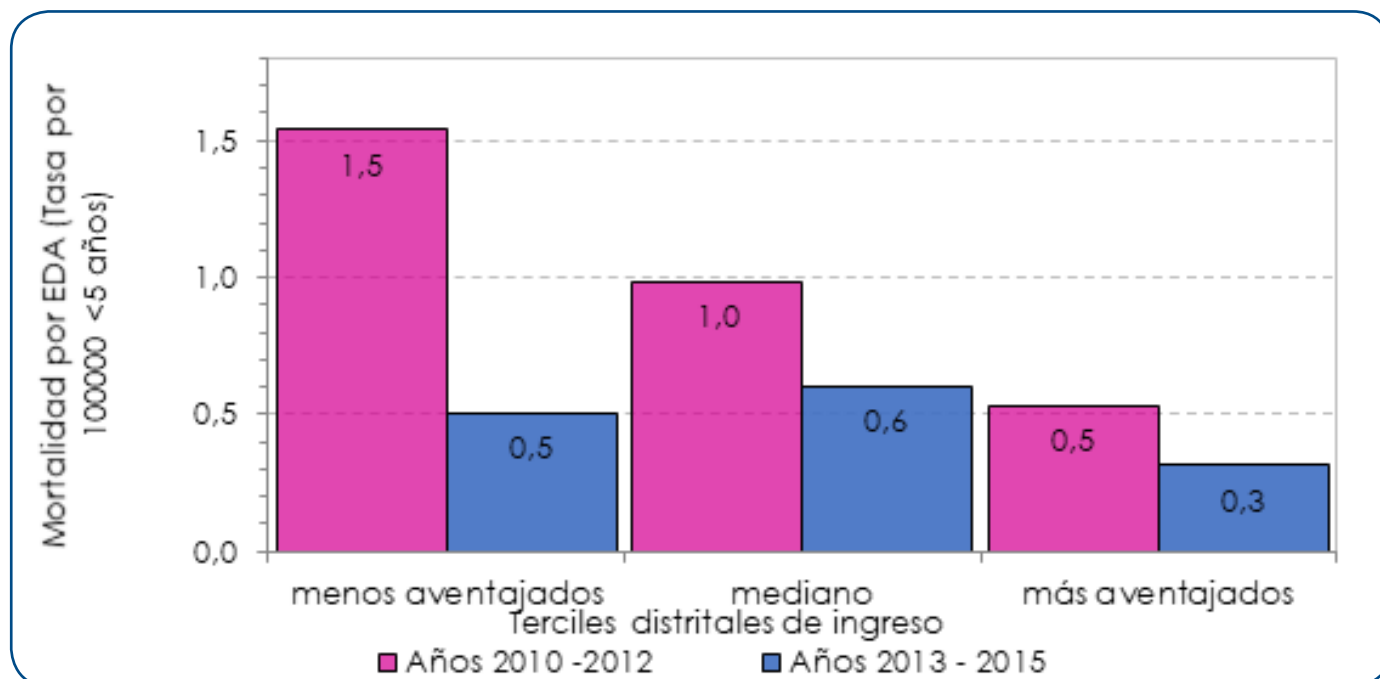
El promedio distrital de mortalidad por EDA en menores de cinco años disminuyó entre los periodos comprendidos de 2010 - 2012 a 2014 - 2016, pasando de 1,1 a 0,5 muertes por 100.000 menores de 5 años. Se presenta disminución de las brechas de desigualdad para el periodo 2014 – 2016.

Gráfico 46. Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años. Bogotá vs Colombia 2005 – 2016



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

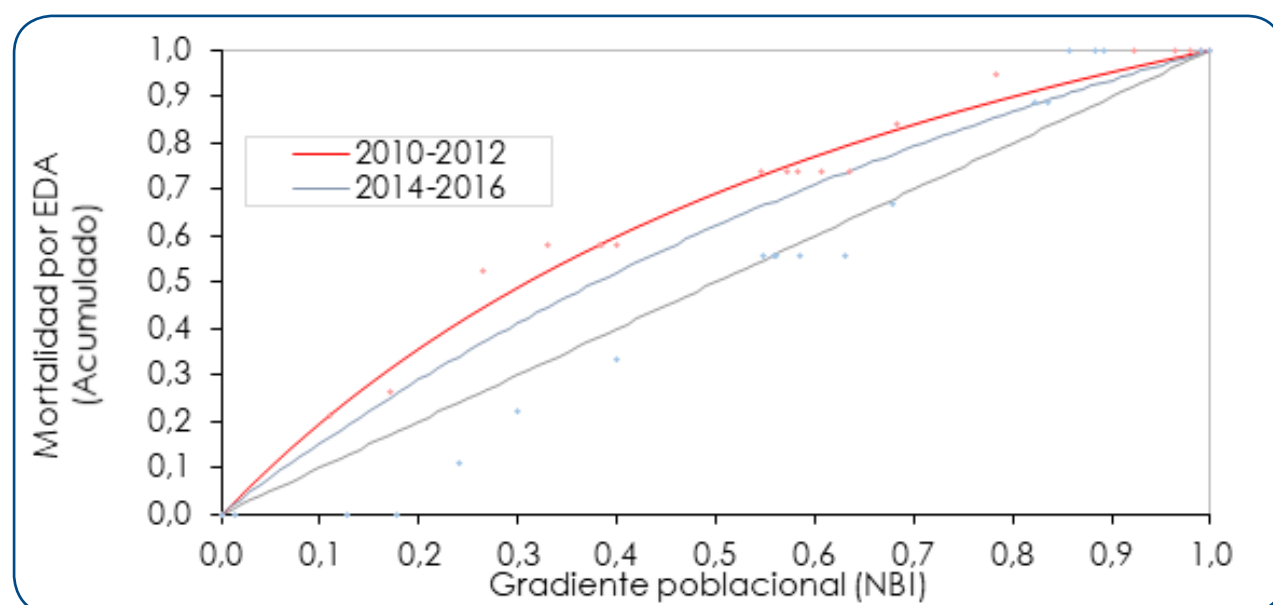
Gráfico 47. Gradiente de salud según NBI, mortalidad por EDA en menores de 5 años, periodos 2010 – 2012 vs 2014 – 2016



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2019.

La curva de concentración de la desigualdad confirma que para el periodo 2014 - 2016 se disminuyó la desigualdad según el estratificador NBI; sin embargo el 50 % de la población menos aventajada según NBI (Santa Fe, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, Usme, San Cristóbal, Bosa, Kennedy) concentró el 52 % de la mortalidad por EDA en menores de 5 años.

Gráfico 48. 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 2014-2016



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2019

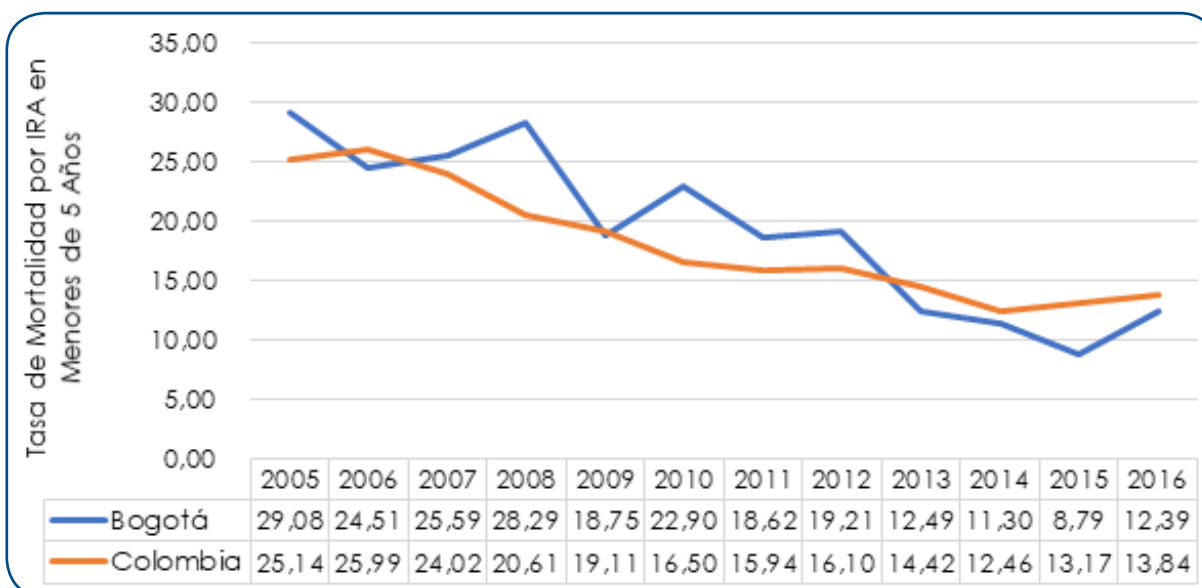
2.4.6. Mortalidad por IRA

La mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en Bogotá, mostró una tendencia a la disminución pasando de 29,08 muertes x 100.000 menores de 5 años en el año 2009 a 12,39 muertes x 100.000 menores de 5 años en el 2016. 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 16,69 muertes x 100.000 menores de 5 años respecto a lo registrado al inicio del periodo (Gráfico 49).

El promedio distrital de mortalidad por IRA en menores de cinco años disminuyó entre los periodos comprendidos de 2010 - 2012 a 2014 - 2016, pasando de 6,5 a 4,3 muertes por 100.000 menores de 5 años. Se presenta disminución de las brechas de desigualdad para el periodo 2014 - 2016, sin embargo, las localidades en el tercil menos aventajado (Santa Fe, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, Usme, San Cristóbal, Bosa, Kennedy), en este mismo periodo presentan casi 3 muertes por IRA en menores de 5 años respecto de cada muerte

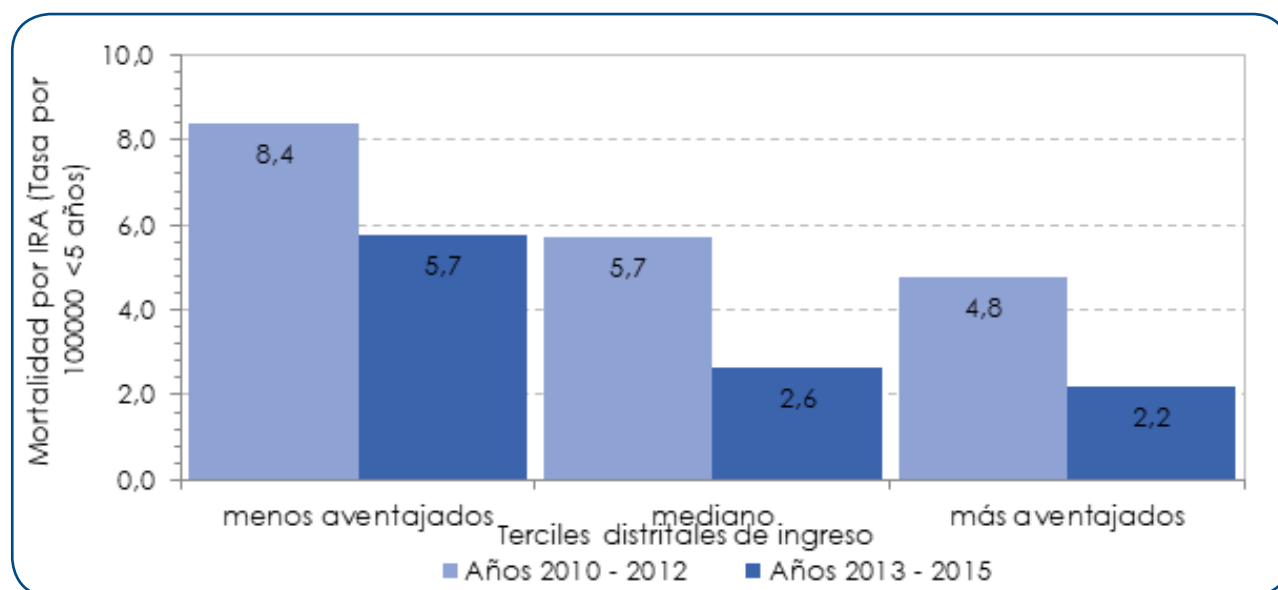
por IRA que se presentó en las localidades en el tercil más aventajado (Antonio Nariño, Barrios Unidos, Puente Aranda, Chapinero, Engativá, Teusaquillo).

Gráfico 49. Tasa de mortalidad por Infección respiratoria aguda en menores de 5 años. Bogotá vs Colombia 2005 – 2016



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

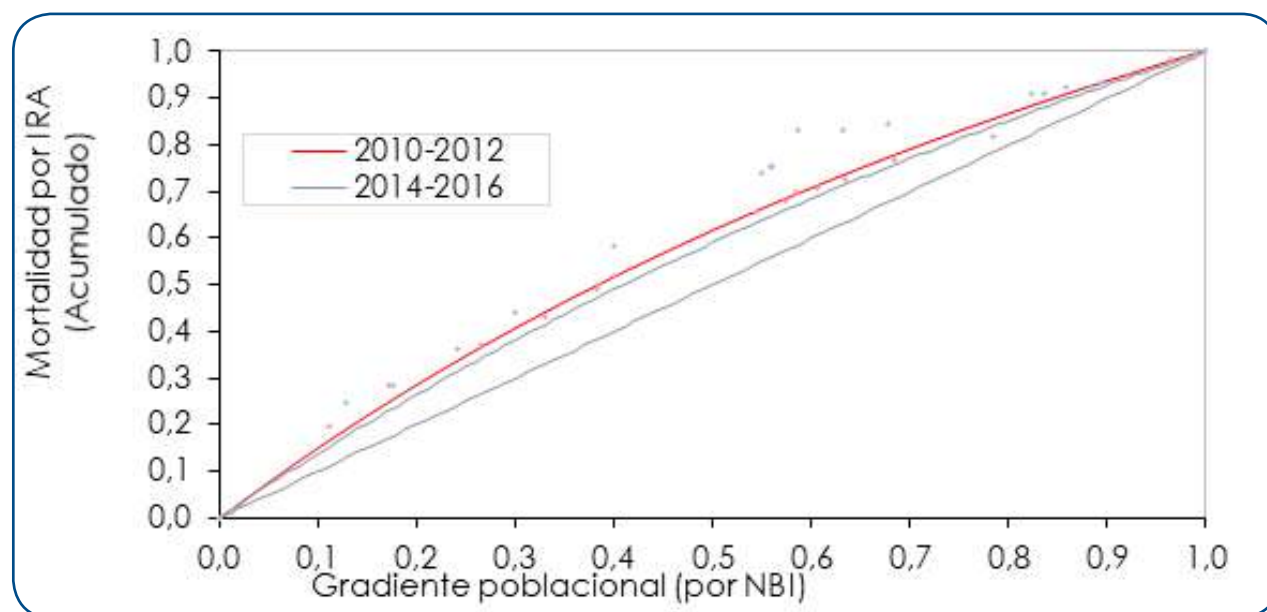
Gráfico 50. Gradiente de salud según NBI, mortalidad por IRA en menores de 5 años, periodos 2010 – 2012 vs 2014 – 2016



Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2019

La curva de concentración de la desigualdad confirma que para el periodo 2014 - 2016 se disminuyó la desigualdad según el estratificador NBI; sin embargo, el 50 % de la población menos aventajada según NBI (Santa Fe, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, Usme, San Cristóbal, Bosa, Kennedy) concentró el 53 % de la mortalidad por IRA en menores de 5 años.

Gráfico 51. 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 2014-2016

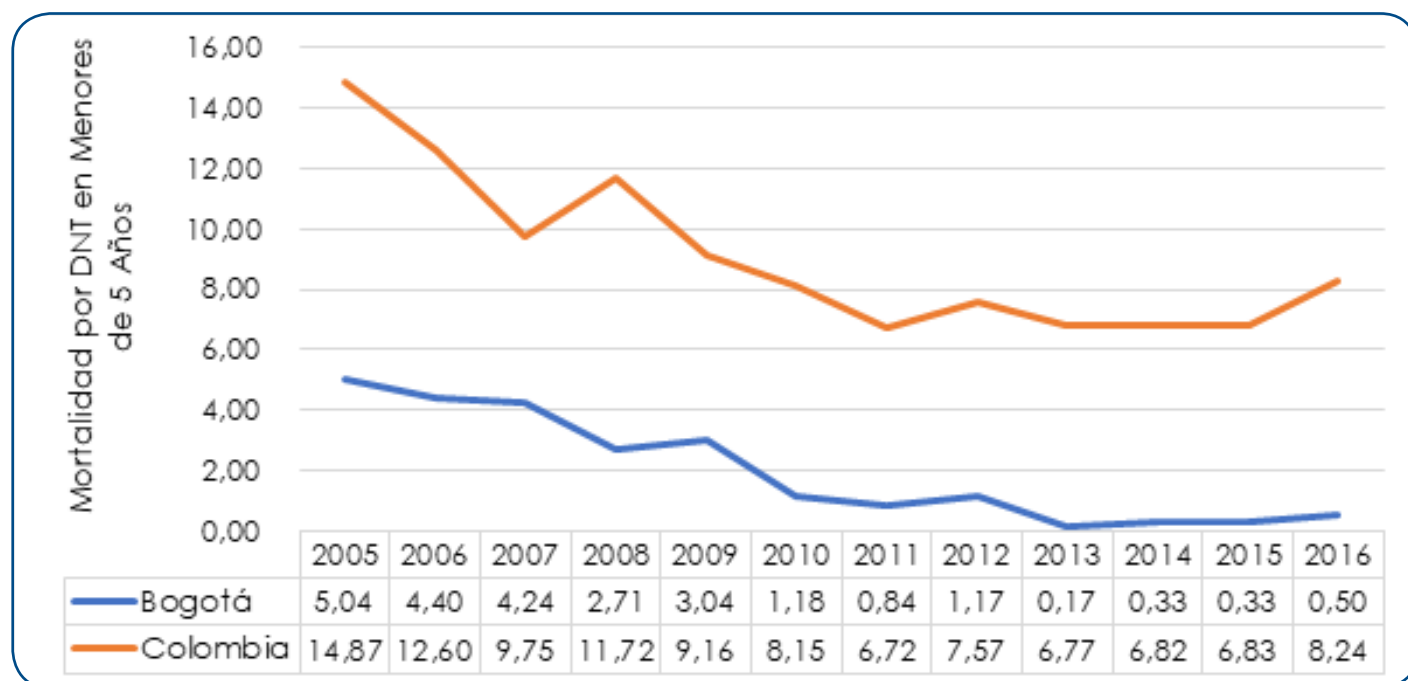


Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS – Año 2019

2.4.7. 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 0,5 muertes x 100.000 menores de 5 años en el último año. 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 52).

**Gráfico 52. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.
Bogotá vs Colombia 2005 – 2016**



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

No se realiza análisis de desigualdades para este indicador dado que los casos son muy pocos para el periodo evaluado y se presentaron en cinco de las 19 localidades incluidas en los análisis de los anteriores indicadores.

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

En la Tabla 32, se realizó la priorización de las mortalidades y sus indicadores en los diferentes grupos de interés. Se observó que en general los indicadores, Bogotá está por debajo de los indicadores a nivel nacional, excepto en las dos primeras causas del grupo de las demás causas, tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon y signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio.

Tabla 32. Priorización de la mortalidad general, específica y materna - infantil. Bogotá D. C., 2016

Mortalidad	Prioridad	Bogotá DC (2016)	Colombia (2016)	Tendencia 2005 a 2016 Bogotá	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*	1. Enfermedades sistema circulatorio	133,38	150,84		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	2. Las demás causas	109,69	120,33		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	3. Neoplasias	98,65	93,69		7. Población con riesgo o presencia de cáncer
	4. Causas externas	37,48	56,92		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	71,24	80,03		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	Enfermedades cerebrovasculares	27,42	32		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	Enfermedades hipertensivas	15,37	18,03		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	2. Las demás causas				
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	29,51	29		2. Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas
	Resto de enfermedades del sistema digestivo	14,37	13,68		6. Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal
	Diabetes mellitus	12,77	15,48		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas

Mortalidad	Prioridad	Bogotá DC (2016)	Colombia (2016)	Tendencia 2005 a 2016 Bogotá	Grupos de Riesgo (MIAS)
Específica por Subcausas o subgrupos	3. Neoplasias				
	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon.	15,41	14,01		7. Población con riesgo o presencia de cáncer
	Tumor maligno de la próstata	14,72	14,76		7. Población con riesgo o presencia de cáncer
	Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	13,86	12,72		7. Población con riesgo o presencia de cáncer
	4. Causas Externas				
	Agresiones (homicidios)	15,55	24,3		12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	Accidentes de transporte terrestre	8,90	15,1		12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	Caidas	4,24	2,86		12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	5. Enfermedades transmisibles				
	Infecciones respiratorias agudas	15,10	20,02		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	Enfermedad por el VIH (SIDA)	3,81	5,47		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,21	1,32		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	6. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal				
	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	175	1535		8. Población en condición materno - perinatal
	Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	138	893		8. Población en condición materno - perinatal
	Sepsis bacteriana del recién nacido	69	606		8. Población en condición materno - perinatal

Mortalidad	Prioridad	Bogotá DC (2016)	Colombia (2016)	Tendencia 2005 a 2016 Bogotá	Grupos de Riesgo (MIAS)
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas Menores de 5 años	1. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	78,62	85,35		8. Población en condición materno - perinatal
	2. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	44,43	47,15		8. Población en condición materno - perinatal
	3. Enfermedades del sistema respiratorio	16,19	16,79		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	4. Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	15,09	6,74		8. Población en condición materno - perinatal
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Razón de mortalidad materna	26,36	51,27		8. Población en condición materno - perinatal
	2. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	12,39	13,84		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	3. Tasa de mortalidad en la niñez	11,20	13,66		8. Población en condición materno - perinatal
	4. Tasa de mortalidad infantil	9,41	11,15		8. Población en condición materno - perinatal
	5. Tasa de mortalidad neonatal	6,06	7,01		8. Población en condición materno - perinatal
	6. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,66	3,46		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	7. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,50	8,24		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.

2.6. 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 muertes x 100.000 hab., de acuerdo con el grupo. 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.

Cuanto 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.

Al comparar las causas de muerte con el comportamiento de la mortalidad 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 con los indicadores de mortalidad materno infantil de 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. El análisis en función al 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.

2.7. 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.

Para analizar la morbilidad atendida, se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad la cual agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de grandes causas en: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones y condiciones mal clasificadas; esta desagregadas por ciclos de vida, sexo y sus causas. 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.

2.7.1. Principales causas de morbilidad atendida

Dentro de las grandes causas de morbilidad atendida registradas durante el año 2017 predominaron los diagnósticos asociados a enfermedades no transmisibles, seguido por condiciones mal definidas y en tercer lugar las enfermedades transmisibles y nutricionales. Teniendo en cuenta que las condiciones mal definidas son la segunda causa, se debe continuar con el fortalecimiento de las fuentes de información; ya que un sistema de información con integridad y calidad permite tomar decisiones.

En la primera infancia las principales causas de morbilidad atendida en el año 2017 son las condiciones no transmisibles con un 40,01 %, donde se observa en comparación con el año 2016 una disminución de 3,24 % en la proporción de atenciones; seguido por las Condiciones transmisibles y nutricionales con un 34,71 %, donde también se observa en comparación con el año 2016 una disminución en la proporción de atenciones de 1,75 % (tabla 33).

En infancia para el año 2017 el 54,31 % son por enfermedades no transmisibles, seguido por un 20,18 % Condiciones transmisibles y nutricionales, en ambas se observa una disminución en la proporción de atenciones comparadas con el año 2016, para enfermedades crónicas una disminución de 3,83 % y enfermedades transmisibles y nutricionales 0,82 % (tabla 33).

En la adolescencia para el año 2017 la principal causa de morbilidad atendida son las enfermedades no transmisibles con un 59,59 % en donde se encontró una disminución del 4,11 % en la proporción de atenciones en comparación con el año 2016, de igual forma, las Condiciones transmisibles y nutricionales y las lesiones tienen una disminución en la proporción de atenciones entre los años 2017 y 2016 (tabla 33).

En la Juventud, Adultez y Persona mayor la principal causa de morbilidad atendida son las enfermedades no transmisibles con un promedio de 67,50 % de atenciones; al comparar los porcentajes de atención entre el año 2017 y 2016 se observa una disminución en la en las enfermedades no transmisibles, Condiciones transmisibles y nutricionales, condiciones maternas y lesiones (tabla 33).

Llama la atención que las condiciones mal definidas en primera infancia e infancia es la tercera causa de atención en adolescencia, juventud, adultez y persona mayor es la segunda causa de atención; al comparar los porcentajes de atención entre el año 2017 y 2016 se observa en todos los ciclos vitales un aumento (tabla 33).

En 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 trasmisibles, seguido por las condiciones transmisibles y nutricionales y por las condiciones mal clasificadas, hallándose una mayor proporción de atenciones por enfermedades no trasmisibles en el ciclo y persona mayor (77,67 %) y ciclo adultez (66,33 %). También se evidencian altos porcentajes en enfermedades transmisibles y nutricionales con un 34,89 % en la primera infancia y del 20,16 % en el ciclo de vida infancia.

Al realizar la comparación de los porcentajes de atención entre los años 2017 y 2016; se observa una disminución de la proporción de atenciones desde la primera infancia hasta persona mayor en: enfermedades no transmisibles, condiciones transmisibles y nutricionales y lesiones y leve aumento de la proporción de atenciones de las condiciones maternas y perinatales en primera infancia, infancia, adolescencia y juventud. Llama la atención, el incremento en las condiciones mal clasificadas para todas las etapas de ciclo vital (tabla 34).

Tabla 33. Principales causas de morbilidad atendida por ciclo vital. Bogotá D. C., 2009 – 2017

		Total										
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ pp 2017-2016	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	42,46	40,92	43,62	41,33	38,77	37,38	36,10	36,46	34,71	-1,75	
	Condiciones perinatales	3,67	3,21	3,51	2,80	2,54	3,52	5,45	1,63	1,73	0,11	
	Enfermedades no transmisibles	39,64	39,08	35,01	38,97	42,11	43,65	42,59	43,25	40,01	-3,24	
	Lesiones	3,27	3,18	3,60	3,44	3,92	3,76	4,03	4,16	4,34	0,18	
	Condiciones mal clasificadas	10,96	13,62	14,26	13,46	12,66	11,69	11,83	14,50	19,20	4,70	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,68	22,00	20,60	18,40	17,00	18,01	18,22	21,01	20,18	-0,82	
	Condiciones maternas	0,07	0,10	0,06	0,06	0,07	0,23	0,42	0,54	0,59	0,05	
	Enfermedades no transmisibles	59,79	59,12	60,68	65,07	65,22	64,76	63,32	58,14	54,31	-3,83	
	Lesiones	4,20	4,80	5,03	4,21	4,95	4,92	5,48	5,63	5,48	-0,15	
	Condiciones mal clasificadas	12,27	13,97	13,63	12,26	12,77	12,08	12,55	14,68	19,43	4,75	
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,77	14,46	12,99	11,70	10,96	10,65	10,47	10,75	10,30	-0,44	
	Condiciones maternas	2,12	1,65	1,78	1,88	1,70	1,86	1,61	1,62	1,68	0,06	
	Enfermedades no transmisibles	62,52	62,28	63,85	67,60	66,23	67,13	66,85	63,70	59,59	-4,11	
	Lesiones	5,48	6,41	6,66	5,73	6,84	6,83	7,42	7,72	7,23	-0,48	
	Condiciones mal clasificadas	14,11	15,19	14,71	13,10	14,27	13,54	13,65	16,23	21,20	4,97	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,90	15,75	14,30	13,37	13,99	12,89	13,23	13,77	13,02	-0,74	
	Condiciones maternas	4,38	3,82	3,92	3,59	3,60	3,78	3,82	3,56	3,37	-0,19	
	Enfermedades no transmisibles	60,52	60,13	60,92	64,44	61,77	63,42	60,83	59,08	56,52	-2,56	
	Lesiones	5,77	6,02	6,34	5,93	7,24	7,32	8,29	8,40	7,75	-0,65	
	Condiciones mal clasificadas	13,43	14,28	14,52	12,67	13,40	12,60	13,83	15,19	19,34	4,15	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,76	10,37	9,75	9,11	9,48	8,94	9,71	9,92	9,46	-0,46	
	Condiciones maternas	1,42	1,45	1,40	1,13	1,29	1,34	1,64	1,33	1,25	-0,09	
	Enfermedades no transmisibles	72,58	71,47	72,89	75,61	73,48	74,62	71,33	71,06	68,38	-2,68	
	Lesiones	4,66	4,70	4,92	4,66	5,62	5,53	6,46	6,23	5,79	-0,44	
	Condiciones mal clasificadas	10,57	12,00	11,05	9,50	10,12	9,56	10,86	11,46	15,13	3,66	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,54	4,77	4,28	3,94	3,80	3,95	4,32	4,27	4,09	-0,18	
	Condiciones maternas	0,02	0,04	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	84,37	81,74	84,16	85,73	84,57	84,66	82,94	82,61	77,61	-5,00	
	Lesiones	3,14	3,18	3,27	3,18	3,93	4,17	4,27	4,25	3,87	-0,38	
	Condiciones mal clasificadas	7,93	10,27	8,30	7,15	7,68	7,22	8,46	8,87	14,43	5,56	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/VS/ED/PSP/bases-datos-externas-actualizacion-asis-2018.zip>

Tabla 34. Principales causas de morbilidad atendida en hombres por ciclo vital.
Bogotá D. C., 2009 – 2017

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres									Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	43,05	41,46	44,16	41,98	39,22	37,95	36,69	36,68	34,89	-1,79
	Condiciones perinatales	3,62	3,19	3,46	2,80	2,51	3,41	5,36	1,61	1,72	0,11
	Enfermedades no transmisibles	39,09	38,67	34,50	38,32	41,64	43,07	42,19	43,21	40,03	-3,18
	Lesiones	3,47	3,36	3,88	3,70	4,14	4,04	4,29	4,43	4,57	0,14
	Condiciones mal clasificadas	10,76	13,32	14,00	13,20	12,48	11,53	11,48	14,07	18,78	4,72
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	22,84	21,53	19,86	17,73	16,48	17,74	18,14	21,07	20,16	-0,92
	Condiciones maternas	0,06	0,10	0,06	0,06	0,07	0,22	0,42	0,54	0,57	0,03
	Enfermedades no transmisibles	60,68	59,70	61,56	66,07	65,96	65,10	63,60	58,44	54,81	-3,63
	Lesiones	4,76	5,36	5,66	4,64	5,48	5,50	5,99	6,04	5,80	-0,24
	Condiciones mal clasificadas	11,66	13,31	12,85	11,50	12,01	11,43	11,85	13,91	18,67	4,76
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	17,21	15,51	13,82	12,53	11,61	11,61	11,21	11,58	11,32	-0,26
	Condiciones maternas	0,07	0,05	0,03	0,02	0,03	0,05	0,08	0,30	0,37	0,07
	Enfermedades no transmisibles	62,23	61,38	63,22	67,36	66,47	66,73	66,47	63,59	59,62	-3,97
	Lesiones	7,74	8,97	9,65	8,15	9,22	9,52	10,11	10,51	9,74	-0,78
	Condiciones mal clasificadas	12,76	14,09	13,28	11,94	12,67	12,09	12,13	14,01	18,96	4,94
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,72	18,08	16,14	15,34	16,08	14,79	15,23	15,71	15,50	-0,21
	Condiciones maternas	0,04	0,04	0,02	0,02	0,02	0,04	0,06	0,21	0,21	0,01
	Enfermedades no transmisibles	59,85	59,07	60,28	63,54	61,64	62,96	60,43	58,32	56,14	-2,18
	Lesiones	9,80	10,40	11,17	10,07	11,19	11,65	13,03	13,82	12,68	-1,14
	Condiciones mal clasificadas	11,59	12,42	12,39	11,04	11,07	10,56	11,25	11,94	15,47	3,52
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12,49	11,93	11,31	10,61	11,33	10,48	11,75	11,94	11,65	-0,29
	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,00
	Enfermedades no transmisibles	70,61	69,14	70,16	73,13	71,19	72,58	69,11	68,31	66,33	-1,98
	Lesiones	7,17	7,68	8,06	7,25	8,09	8,11	9,44	9,48	8,65	-0,83
	Condiciones mal clasificadas	9,72	11,24	10,47	9,01	9,38	8,83	9,69	10,24	13,35	3,11
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,44	4,62	4,09	3,79	3,74	3,83	4,30	4,24	4,02	-0,22
	Condiciones maternas	0,01	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	84,44	81,76	83,93	85,69	84,21	84,52	82,60	82,45	77,67	-4,78
	Lesiones	3,14	3,06	3,21	3,03	3,86	4,07	4,28	4,23	3,79	-0,43
	Condiciones mal clasificadas	7,97	10,53	8,77	7,49	8,18	7,58	8,83	9,08	14,52	5,43

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/VS/ED/PSP/bases-datos-externas-actualizacion-asis-2018.zip>.

En el análisis de las causas de morbilidad atendida para las mujeres en año 2017 la principal causa de morbilidad atendida son las enfermedades no transmisibles en los ciclos vitales de infancia hasta personas mayores; en primera infancia la principal causa correspon-

de a las condiciones transmisibles y nutricionales (40,92 %) y la segunda causa de atención a las enfermedades no transmisibles (39,08 %) (Tabla 35).

En la primera infancia al comparar los porcentajes de atención entre el año 2017 y 2016 se observa disminución en todas las grandes causas a excepción de las condiciones mal clasificadas (tabla 35).

En los ciclos vitales de infancia hasta persona mayor en el comparativo de porcentajes de atención entre los años 2017 y 2016; hay una disminución en enfermedades no transmisibles, Condiciones transmisibles y nutricionales y lesiones (tabla 35).

Tabla 35. Principales causas de morbilidad atendida en mujeres por ciclo vital. Bogotá D. C., 2009 – 2017

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	41,80	40,31	43,02	40,62	38,28	38,87	38,87	42,46	40,92	-1,54	
	Condiciones perinatales	3,71	3,23	3,57	2,80	2,56	3,29	3,29	3,67	3,21	-0,46	
	Enfermedades no transmisibles	40,24	39,53	35,57	39,68	42,63	40,76	40,76	39,64	39,08	-0,56	
	Lesiones	3,06	2,97	3,28	3,15	3,67	3,43	3,43	3,27	3,18	-0,10	
	Condiciones mal clasificadas	11,18	13,96	14,56	13,75	12,86	13,64	13,64	10,96	13,62	2,66	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24,54	22,49	21,38	19,12	17,55	18,29	18,30	20,94	20,22	-0,72	
	Condiciones maternas	0,07	0,10	0,07	0,06	0,06	0,24	0,42	0,54	0,62	0,08	
	Enfermedades no transmisibles	58,87	58,53	59,74	64,00	64,43	64,41	63,04	57,82	53,77	-4,04	
	Lesiones	3,62	4,23	4,36	3,75	4,39	4,31	4,94	5,18	5,13	-0,06	
	Condiciones mal clasificadas	12,90	14,65	14,45	13,07	13,57	12,75	13,30	15,51	20,26	4,75	
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,68	13,65	12,33	11,05	10,47	9,91	9,89	10,10	9,52	-0,58	
	Condiciones maternas	3,67	2,90	3,19	3,32	2,97	3,24	2,80	2,64	2,69	0,06	
	Enfermedades no transmisibles	62,74	62,98	64,36	67,79	66,04	67,43	67,15	63,78	59,56	-4,21	
	Lesiones	3,78	4,43	4,26	3,84	5,02	4,76	5,32	5,55	5,29	-0,26	
	Condiciones mal clasificadas	15,13	16,05	15,86	14,00	15,49	14,65	14,84	17,94	22,94	5,00	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,42	14,47	13,23	12,24	12,81	11,77	12,04	12,60	11,56	-1,04	
	Condiciones maternas	6,66	5,91	6,19	5,62	5,61	5,98	6,04	5,58	5,23	-0,35	
	Enfermedades no transmisibles	60,88	60,71	61,29	64,96	61,84	63,68	61,07	59,53	56,73	-2,79	
	Lesiones	3,65	3,60	3,54	3,58	5,02	4,77	5,49	5,14	4,84	-0,30	
	Condiciones mal clasificadas	14,40	15,32	15,76	13,60	14,71	13,80	15,35	17,14	21,63	4,48	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,87	9,57	8,94	8,32	8,50	8,11	8,57	8,81	8,25	-0,55	
	Condiciones maternas	2,15	2,19	2,13	1,72	1,97	2,07	2,56	2,05	1,92	-0,13	
	Enfermedades no transmisibles	73,59	72,68	74,32	76,91	74,70	75,71	72,57	72,56	69,50	-3,06	
	Lesiones	3,38	3,16	3,27	3,30	4,31	4,15	4,80	4,45	4,23	-0,22	
	Condiciones mal clasificadas	11,01	12,39	11,35	9,75	10,52	9,96	11,51	12,13	16,10	3,96	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,61	4,86	4,39	4,04	3,84	4,02	4,34	4,29	4,13	-0,16	
	Condiciones maternas	0,02	0,05	0,00	0,00	0,02	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	84,32	81,73	84,29	85,75	84,80	84,74	83,15	82,71	77,58	-5,13	
	Lesiones	3,14	3,25	3,30	3,28	3,98	4,23	4,26	4,27	3,92	-0,35	
	Condiciones mal clasificadas	7,91	10,10	8,02	6,93	7,37	6,99	8,23	8,73	14,37	5,64	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/bases-datos-externas-actualizacion-asis-2018.zip>

2.7.2. Morbilidad específica por subgrupo

En la agrupación que incluye condiciones transmisibles y nutricionales se encontró en mayor proporción las atenciones por infecciones respiratorias con un 56,99 %, seguido por enfermedades infecciosas y parasitarias con un 40,76 % y en tercer lugar las deficiencias nutricionales con un 2,25 %, las cuales presentaron un comportamiento estable en el tiempo (Ver Tabla 36).

Al realizar el comparativo de porcentajes de atención entre el año 2017 y 2016 se observa una disminución en enfermedades infecciosas y parasitarias de 3,55 puntos porcentuales y en deficiencias nutricionales de 3,55 y un aumento de la proporción de atenciones infecciones respiratorias de 3,77 puntos porcentuales (Ver Tabla 36).

Al analizar por sexo se observa que las infecciones respiratorias y las deficiencias nutricionales se presentan en mayor proporción en las mujeres y, en los hombres, son las enfermedades infecciosas y parasitarias (Ver Tabla 36)

Tabla 36. Morbilidad atendida por condiciones transmisibles y nutricionales por sexo en Bogotá D. C., 2009 – 2017

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total									Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
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)	35,70	37,42	37,22	39,72	43,52	41,17	44,81	44,30	40,76	-3,55
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	61,07	59,82	60,27	57,73	54,22	56,44	53,05	53,22	56,99	3,77
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	3,23	2,77	2,50	2,55	2,26	2,39	2,14	2,48	2,25	-0,23
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres									Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
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)	36,79	38,73	38,96	41,63	45,84	43,65	47,26	46,92	44,84	-2,08
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	60,52	59,13	59,06	56,33	52,42	54,56	51,14	51,19	53,38	2,19
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	2,69	2,14	1,98	2,04	1,74	1,78	1,60	1,89	1,78	-0,11
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres									Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
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)	34,80	36,34	35,78	38,15	41,61	39,12	42,69	42,09	37,25	-4,84
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	61,52	60,38	61,28	58,88	55,70	58,00	54,70	54,94	60,09	5,16
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	3,68	3,28	2,94	2,96	2,69	2,88	2,62	2,98	2,66	-0,32

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/VS/ED/PSP/bases-datos-externas-actualizacion-asis-2018.zip>

Entre las condiciones maternas y perinatales predominaron las causas relacionadas con condiciones maternas, las cuales se observa una tendencia hacia el aumento, pasando de (77.15 %) durante al año 2009 a (84.82 %) el año 2017; al analizar el comparativo de proporción de atenciones entre 2017 y 2016 hay una disminución 0,79 %. No obstante las condiciones derivadas durante el periodo perinatal presentaron una tendencia variable, teniendo mayor proporción en niños que en niñas (Ver tabla 37).

Tabla 37. Morbilidad atendida por Condiciones maternas y perinatales por sexo en Bogotá D. C., 2009-2017

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	77,15	76,92	78,61	82,47	84,36	79,97	72,61	85,61	84,82	-0,79	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	22,85	23,08	21,39	17,53	15,64	20,03	27,39	14,39	15,18	0,79	

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres										Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	1,18	1,01	1,03	1,12	1,08	1,17	0,30	1,02	1,86	0,83	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	98,82	98,99	98,97	98,88	98,92	98,83	99,70	98,98	98,14	-0,83	

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	86,82	86,30	87,95	90,44	91,11	88,00	83,91	92,58	92,10	-0,48	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	13,18	13,70	12,05	9,56	8,89	12,00	16,09	7,42	7,90	0,48	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/bases-datos-externas-actualizacion-asis-2018.zip>

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

Por otra parte, el comparativo de las proporciones de atenciones entre el año 2017 y 2016 se observa disminución en los diagnósticos de: enfermedad de los órganos de los sentidos, enfermedades de la piel, enfermedades genitourinarias, otras neoplasias, enfermedades digestivas, condiciones neuropsiquiátricas, anomalías congénitas y desordenes endocrinos y aumento en las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, neoplasias malignas y enfermedades musculo esqueléticas (ver tabla 38).

Al analizar por sexo en los hombres hay mayor proporción de los diagnósticos: neoplasias malignas, diabetes mellitus, condiciones neuropsiquiátricas, enfermedades de los

órganos de los sentidos, enfermedades cardiovasculares, enfermedades de piel, anomalías congénitas y condiciones orales y resto de diagnósticos tienen mayor proporción en mujeres (ver tabla 38).

Tabla 38. Causas de morbilidad de las condiciones no transmisibles por sexo en Bogotá D. C., 2009 – 2017

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
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	1,44	1,44	1,37	1,50	1,74	1,68	1,96	2,18	0,21	
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,35	1,36	1,34	1,39	1,45	1,51	1,52	1,54	1,41	-0,13	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,92	2,16	2,32	2,25	2,32	2,43	2,07	2,62	2,90	0,28	
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	6,70	6,86	7,09	7,37	7,48	7,08	6,66	7,21	7,16	-0,05	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,88	7,93	8,13	7,44	7,51	6,96	7,76	8,74	8,63	-0,11	
	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	9,59	8,34	-1,25	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	12,45	10,23	11,67	11,25	11,73	12,07	10,40	11,66	12,67	1,01	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,60	5,01	5,25	4,54	4,20	3,99	3,88	4,09	4,09	0,00	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,43	7,25	6,87	6,69	6,77	6,42	6,61	6,93	6,82	-0,12	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	10,73	10,12	9,43	9,16	9,31	8,84	8,57	9,05	8,82	-0,23	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,03	6,08	5,61	5,35	5,23	5,07	5,09	5,39	5,05	-0,34	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	11,96	14,47	14,94	14,47	14,02	14,60	14,09	15,24	15,78	0,54	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1,45	1,38	1,31	1,32	1,29	1,13	1,19	1,15	1,06	-0,09	
	Condiciones orales (K00-K14)	16,32	16,46	16,57	19,54	19,57	20,50	20,51	14,82	15,09	0,26	

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres										Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
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)	1,26	1,55	1,58	1,46	1,61	1,79	1,76	2,06	2,27	0,21	
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,85	0,89	0,87	0,88	0,90	0,98	1,00	1,06	0,95	-0,11	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,31	2,60	2,78	2,75	2,85	2,97	2,58	3,18	3,55	0,37	
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5,43	5,50	5,59	5,78	5,84	5,52	5,22	5,69	5,54	-0,15	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	8,40	8,30	8,93	7,78	7,80	6,99	7,89	9,14	9,00	-0,14	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10,23	10,55	9,07	8,93	8,53	8,57	10,82	10,52	9,12	-1,40	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	11,71	9,91	11,22	11,02	11,66	11,91	10,39	11,64	12,99	1,36	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	7,37	6,62	6,81	5,94	5,46	5,10	4,91	5,15	5,10	-0,05	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,42	7,18	6,86	6,73	6,89	6,62	6,78	7,19	7,08	-0,11	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	5,53	5,54	5,52	5,53	5,80	5,67	5,76	6,68	6,25	-0,42	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7,04	7,02	6,48	6,16	5,99	5,75	5,68	5,98	5,60	-0,38	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12,08	13,94	14,02	13,72	13,28	13,80	13,34	13,94	14,48	0,53	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1,60	1,48	1,44	1,45	1,43	1,24	1,30	1,26	1,17	-0,09	
	Condiciones orales (K00-K14)	18,76	18,94	18,84	21,86	21,94	23,10	22,59	16,52	16,89	0,38	

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
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)	1,10	1,37	1,36	1,31	1,44	1,70	1,63	1,90	2,12	0,22	
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,64	1,64	1,62	1,69	1,77	1,83	1,85	1,83	1,68	-0,14	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,70	1,90	2,05	1,96	2,00	2,11	1,76	2,28	2,50	0,22	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	7,44	7,65	7,98	8,32	8,45	8,03	7,56	8,12	8,14	0,01	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,58	7,71	7,66	7,24	7,33	6,94	7,68	8,50	8,40	-0,10	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8,34	8,52	7,43	7,24	7,08	7,13	9,40	9,03	7,87	-1,16	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	12,88	10,41	11,94	11,38	11,77	12,16	10,41	11,67	12,48	0,81	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,56	4,07	4,33	3,71	3,45	3,32	3,24	3,45	3,49	0,04	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,43	7,29	6,87	6,67	6,70	6,30	6,51	6,78	6,66	-0,12	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	13,76	12,81	11,73	11,30	11,41	10,76	10,32	10,48	10,37	-0,11	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,44	5,52	5,09	4,88	4,78	4,67	4,72	5,03	4,71	-0,31	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	11,88	14,78	15,48	14,91	14,46	15,08	14,57	16,02	16,57	0,55	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1,36	1,32	1,23	1,24	1,20	1,06	1,13	1,09	0,99	-0,09	
	Condiciones orales (K00-K14)	14,90	15,01	15,23	18,17	18,16	18,92	19,22	13,80	14,00	0,19	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/VS/ED/PSP/bases-datos-externas-actualizacion-asis-2018.zip>

En la agrupación de lesiones, la causa de mayor morbilidad de atención es el subgrupo traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causa externa con una fluctuación en el tiempo de análisis, año 2009 al 2017; al realizar el comparativo de proporción de atenciones año 2017 y 2016 se observa aumento del 0,92 %. Al analizar por sexo los hombres presentan mayor proporción por la causa de traumatismos y las mujeres mayor proporción en lesiones no intencionales, intencionales y de intencionalidad indeterminada (ver tabla 39).

Tabla 39. Causas de morbilidad de lesiones por sexo en Bogotá D. C., 2009 – 2017

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										Δ pp 2017- 2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2,36	3,66	4,40	10,25	22,26	17,41	17,27	13,55	12,57	-0,98	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,39	0,48	0,51	0,38	0,31	0,28	0,34	0,33	0,39	0,07	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,05	0,06	0,07	0,05	0,04	0,02	0,03	0,03	0,02	-0,01	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	97,19	95,80	95,02	89,32	77,39	82,28	82,36	86,09	87,01	0,92	

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres										Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2,25	3,11	3,56	6,95	14,48	11,61	11,49	9,75	8,60	-1,15	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,28	0,29	0,32	0,27	0,23	0,23	0,25	0,24	0,27	0,03	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,06	0,07	0,09	0,06	0,06	0,02	0,03	0,03	0,02	-0,01	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	97,40	96,52	96,03	92,72	85,23	88,13	88,23	89,98	91,10	1,12	

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2,49	4,34	5,49	14,15	30,31	23,70	23,78	17,92	16,94	-0,99	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,51	0,71	0,76	0,52	0,39	0,33	0,44	0,42	0,53	0,10	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,04	0,05	0,05	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	-0,01	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96,95	94,90	93,70	85,30	69,27	75,94	75,76	81,62	82,51	0,89	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/bases-datos-externas-Actualizacion-asis-2018.zip>

2.7.3. Morbilidad de eventos de alto costo

La semaforización de los eventos de alto costo, permitió observar que, al comparar los indicadores propuestos, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre lo presentado en la ciudad capital y el país para la prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, la tasa de incidencia de VIH y Tasa de incidencia de leucemias aguda pediátrica en menores de 15 años; no obstante, no se encontraron datos publicados para el indicador de Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.

El seguimiento permitió observar que el indicador de prevalencia de enfermedad renal crónica en el último año disminuyó y el indicador de la tasa de incidencia de leucemia aguda en menores de 15 años y la tasa de incidencia de VIH tiene una variación fluctuante en el tiempo (Tabla 40).

Tabla 40. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Bogotá D. C., 2006 – 2016

Evento	Colombia año 2016	Bogotá D.C. AÑO 2016	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	78.90	80.20			-	-	-	↗	↗	↗	↘	ND
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados.	ND	ND						ND	ND	ND	ND	ND
Tasa de incidencia de VIH notificada.	27.00	31.70	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de leucemias aguda pediátrica (menores de 15 años).	5.30	6.40	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/bases-datos-externas-Actualizacion-asis-2018.zip>

2.7.4. 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 entre el valor que toma el indicador en Bogotá D.C. con las prevalencias registradas en la nación. Adicionalmente, en el seguimiento se observó que ambos indicadores tienen una tendencia al aumento, llama la atención que para el año 2017 en diabetes mellitus se mantiene (Ver tabla 41).

Tabla 41. Morbilidad de los eventos precursores. Bogotá D. C., 2006 – 2017

Evento	Colombia 2017	Bogotá D.C., 2017	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Prevalencia de diabetes mellitus	2.20	2.50			-	↗	↘	-	↗	↗	↗	-
Prevalencia de hipertensión arterial	7.70	8.30						↗	↗	↗	↗	↗

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

2.7.5. 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, al comparar con el año anterior no se evidencia existencia de diferencias significativas (ver tabla 42).

Tabla 42. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria 2016

Causa de muerte	Colombia	Bogotá	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Causas externas															
Accidentes biológicos															
Accidente ofídico	4978,00	4,00	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y rabia	129698,00	20789,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intoxicaciones															
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	39708,00	5935,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mental															
Conducta suicida	25835,00	2371,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Violencia															
Lesiones por pólvora, minas antipersona y artefactos explosivos	1779,00	127,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Violencia intrafamiliar, sexual y de la mujer	98999,00	7694,00	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘
No transmisibles															
Cáncer															
Cáncer (mama, cérvix)	7354,00	1363,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘
Cáncer infantil	1752,00	314,00	-	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Congénitas															
Defectos congénitos	6939,00	1380,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Materno perinatal															

Causa de muerte	Colombia	Bogotá	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bajo peso al nacer	18486,00	4432,00	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘
Embarazo en adolescentes	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Morbilidad materna extrema	23175,00	6086,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mortalidad materna	508,00	48,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	10552,00	1604,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nutrición															
Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años	205,00	2,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trasmisibles															
Inmunoprevenibles															
Evento adverso seguido a la vacunación	662,00	166,00	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	-	↗	↘
Meningitis por Haemophilus influenzae	51,00	9,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meningitis: meningococcica streptococo pneumoniae	110,00	19,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parotiditis	17525,00	5177,00	-	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘
Tétanos accidental	35,00	0,00	-	-	↗	↘	↗	-	↘	-	-	-	-	-	-
Tétanos neonatal	3,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tosferina	360,00	51,00	-	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Varicela	87337,00	15018,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Materno perinatal															
Sífilis gestacional	5164,00	676,00	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Sífilis congénita	922,00	132,00	-	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Transmisión aérea y contacto directo															
Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela)	6910,00	1649,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infección respiratoria aguda grave (irag inusitado)	1539,00	272,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Causa de muerte	Colombia	Bogotá	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Lepra	402,00	17,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculosis pulmonar	12056,00	765,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculosis extrapulmonar	1975,00	255,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meningitis tuberculosa	449,00	19,00	-	↗	↘	↘	↘	↗	↘	-	↗	↗	↗	↘	↘
Transmisión sexual y sanguínea															
Hepatitis distintas a A	2429,00	470,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIH/SIDA	13310,00	2531,00	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘
Brucelosis	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chagas crónico y agudo	299,00	7,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cisticercosis	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dengue	25048,00	0,00	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Dengue grave	236,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leishmaniasis cutánea	7696,00	28,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leishmaniasis mucosa	102,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leptospirosis	687,00	9,00	-	↗	↘	↗	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘
Malaria: vivax	23177,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malaria: falciparum	29752,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trasmitida por alimentos/suelo/agua															
Fiebre tifoidea y paratifoidea	128,00	8,00	-	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Hepatitis A	1350,00	194,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vectores															
Chikugunya	1000,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	-	-
Tasas de incidencia PDSP															
Tasa de incidencia de leptospirosis	1,32	0,22	-	↗	-	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de Chagas	299,00	7,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de sífilis congénita	100,38	3,04	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	-

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

2.7.5.1. Análisis de la peor situación

De acuerdo con lo evidenciado en la tabla 42, no se evidencian diferencias estadísticas en los eventos de notificación obligatoria del Distrito frente a la Nación en el evento Leishmaniasis, y en los demás eventos el resultado es significativamente más bajo para Bogotá que para Colombia. A continuación, se desarrolla un análisis descriptivo general del evento Leishmaniasis.

Leishmaniasis cutánea

Se notificaron al sistema de vigilancia SIVIGILA en Bogotá 463 casos, de los cuales 88,1 % (408 casos) corresponden al género masculino y 11,9 % (55 casos) al femenino.

En lo que respecta a la distribución por grupos de edad, el 38,7 % (179 casos) se presentan en el grupo comprendido entre 20 a 24 años de edad, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 43. Casos de leishmaniasis cutánea notificados según rangos de edad semanas 1 a 52 de 2017, Bogotá D. C.

Variable	Categoría	Casos	%
Grupo de Edad	Menor de 1 año	0	0,0
	1 a 4	7	1,5
	5 a 9	9	1,9
	10 a 14	12	2,6
	15 a 19	65	14,0
	20 a 24	179	38,7
	25 a 29	93	20,1
	30 a 34	24	5,2
	35 a 39	16	3,5
	40 a 44	8	1,7
	45 a 49	10	2,2
	50 a 54	12	2,6
	55 a 59	8	1,7
	60 a 64	8	1,7
	65 y mas	12	2,6

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SIVIGILA. Año 2017.

Los departamentos con mayor número de casos notificados según procedencia son: Amazonas (92 casos) 19,9 %; Antioquia (72 casos) 15,6 % ; Arauca (33 casos) 7.1 % , Lugar

desconocido(Bogotá) con 32 casos con un 6,9 %. Esta ultima cifra para el analisis debe revisarse puesto que se sabe que no hay transmisión activa en el Distrito capital, no obstante los pacientes no refieren el lugar de procedencia y se asume lugar desconocido.

Leishmaniasis mucosa

En el año 2017 a semana epidemiologica 52, se notificaron 22 casos de Leishmaniosis mucosa, de los cuales 20 son pertenecientes al género masculino y 2 al femenino.

En lo que respecta a la distribución por rangos de edad, la concentración de los casos en el grupo de edad de 30 a 39 años con el 27,2 % (6 casos).

La siguiente tabla muestra la distribución de los casos por rangos de edad.

Tabla 44. Casos de leishmaniosis mucosa notificados según grupos de edad, semanas 1 a 52 Bogotá D. C., año 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Grupo de Edad	Menor de 1 año	0	0,0
	1 a 4	0	0,0
	5 a 9	0	0,0
	10 a 14	0	0,0
	15 a 19	1	4,5
	20 a 24	4	18,2
	25 a 29	2	9,1
	30 a 34	3	13,6
	35 a 39	3	13,6
	40 a 44	2	9,1
	45 a 49	2	9,1
	50 a 54	2	9,1
	55 a 59	3	13,6
	60 a 64	0	0,0
	65 y mas	0	0,0

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Base de datos SIVIGILA. Año 2017.

En lo concerniente al lugar de residencia de los casos, el 72,7 %(16 casos) son de personas que viven en la ciudad de Bogotá, los Departamentos de Cundinamarca y Boyacá 3 y 2 casos respectivamente cada uno, y el Distrito Turístico de Barranquilla aporta un caso.

En cuanto al departamento de procedencia de los casos reportados, Meta; Guaviare y Cundinamarca son los que mas aportan caso, seguido de Guaviare , Caqueta, Amazonas y Córdoba entre otros.

Lo relacionado con el Departamento de procedencia muestra un panorama completamente diferente, el 22,7 % de los casos (5) son originarios del Departamento del Guaviare, en el Guainia y Meta se encuentra un 18,2 % de los casos (4) cada uno respectivamente; seguidos de Cundinamarca con un 13,6 % (3 casos), Bogota que equivale a procedencia desconocida un 9,1 % (2 casos) y los Departamentos de Boyacá, Caquetá, Chocó y Tlma con un con un 4.5 % de los casos (1) respectivamente cada uno.

Leishmaniasis visceral

Este es uno de los eventos mas llamativos debidos a su inherente conexión zoonotica con pequeñas especies, particularmente caninos, en el año 2017 no han sido notificados en el Distrito capital al SIVIGILA casos de leishmaniasis visceral.

2.8. Análisis de la población en condición de 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 3.189.391 personas en 2018 tendrían dicha condición. De manera particular para Bogotá, este mismo referente establece una prevalencia del 5 %, lo que significa que para el año 2018 alrededor de 409.052 personas tendrían discapacidad en la ciudad.

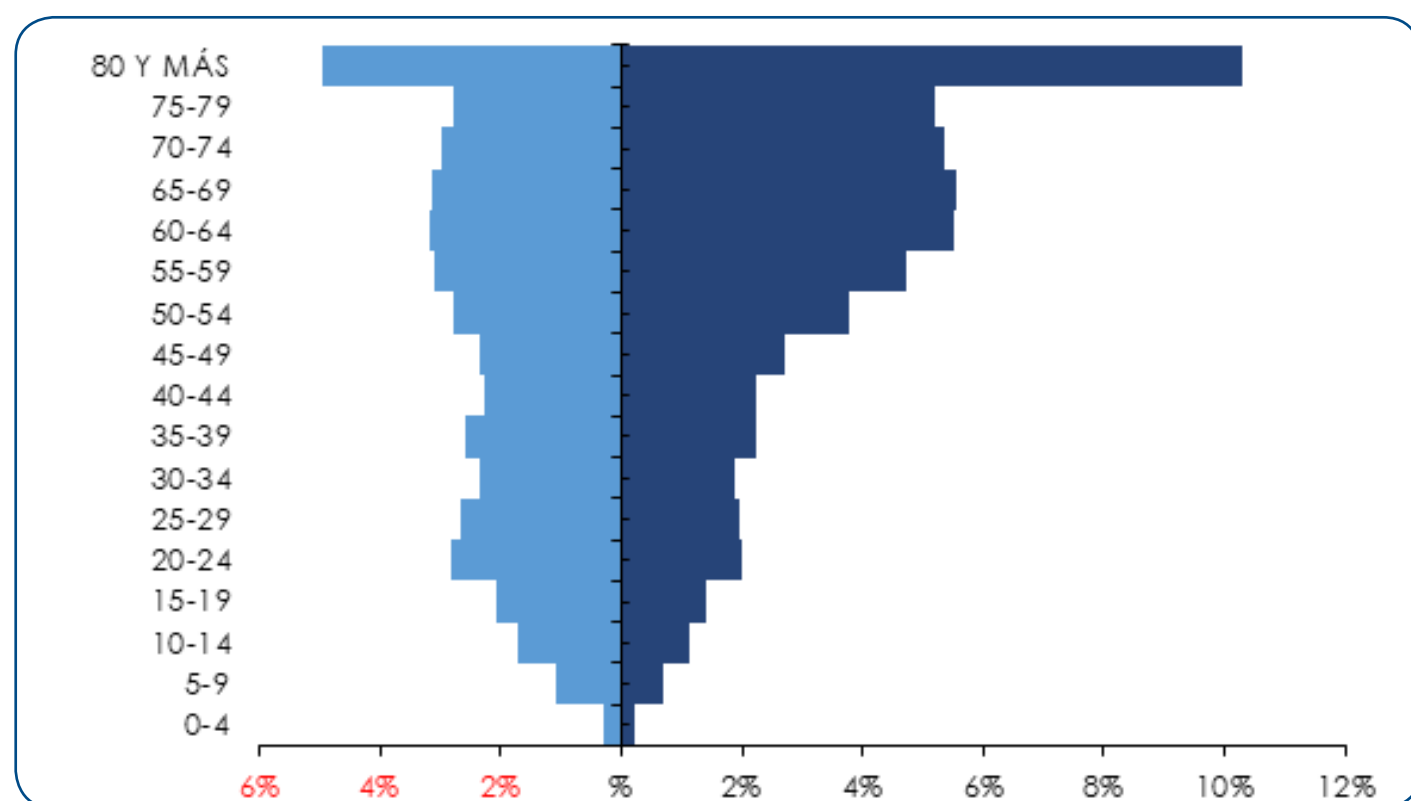
Para el presente análisis no se toma como fuente de información el SISPRO, debido a que la ciudad de Bogotá D.C., cuenta con información propia proveniente del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad actualizada y disponible, desde el año 2002 y hasta el 31 de octubre de 2018. El registro en mención, 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 se han identificado y caracterizado a 291.392 personas con discapacidad residentes en la ciudad. En la actualidad, de esta población registrada 234.809

registros se validan como “condición vivos”; posterior a la exclusión de 56.583 registros que aparecen como fallecidos según cruce realizado con la Base de datos Registros de Licencias de Inhumación, expedidas por la Secretaría Distrital de Salud con corte a 30 de septiembre de 2018. Para los consolidados por edad se excluyen 119 casos sin dato de edad y para los consolidados por sexo se excluye 1 registro correspondiente a categoría intersexual, por representar proporciones demasiado bajas en las variables analizadas. Lo anterior, no afecta el comportamiento de la información presentada.

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.

Gráfico 53. Pirámide poblacional de población con discapacidad condición actual vivos, 2002-31 de octubre de 2018. Bogotá D. C., (N=234.690)



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 15 de noviembre de 2018. Base de datos Registros de Licencias de Inhumación, expedidas por la Secretaría Distrital de Salud con corte a septiembre 30 de 2018.

Tabla 45. Población con discapacidad condición actual vivos, según localidad de residencia y sexo, Bogotá D. C.; 2002-31 de octubre de 2018.
Bogotá D. C., (n=234.808), datos preliminares

Localidad	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Usaquén	5.700	40,6	8.335	59,4	14.035	6,0
Chapinero	1.727	45,3	2.082	54,7	3.809	1,6
Santa Fe	2.643	46,8	3.009	53,2	5.652	2,4
San Cristóbal	7.446	45,6	8.893	54,4	16.339	7,0
Usme	5.706	44,8	7.044	55,2	12.750	5,4
Tunjuelito	3.660	42,5	4.953	57,5	8.613	3,7
Bosa	9.619	41,0	13.862	59,0	23.481	10,0
Kennedy	12.728	40,4	18.804	59,6	31.532	13,4
Fontibón	4.967	42,1	6.831	57,9	11.798	5,0
Engativá	7.631	47,2	8.532	52,8	16.163	6,9
Suba	8.253	45,9	9.743	54,1	17.996	7,7
Barrios Unidos	2.864	43,5	3.713	56,5	6.577	2,8
Teusaquillo	1.647	46,8	1.874	53,2	3.521	1,5
Los Mártires	2.269	49,5	2.317	50,5	4.586	2,0
Antonio Nariño	1.762	42,7	2.364	57,3	4.126	1,8
Puente Aranda	4.858	40,2	7.214	59,8	12.072	5,1
La Candelaria	748	45,2	908	54,8	1.656	0,7
Rafael Uribe Uribe	8.524	39,0	13.355	61,0	21.879	9,3
Ciudad Bolívar	8.428	47,3	9.382	52,7	17.810	7,6
Sumapaz	206	50,5	202	49,5	408	0,2
Sin dato de Localidad	4	80,0	1	20,0	5	0,0
Total	101.390	43,2	133.418	56,8	234.808	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 15 de noviembre de 2018. Base de datos Registros de Licencias de Inhumación, expedidas por la Secretaría Distrital de Salud con corte a septiembre 30 de 2018.

La población con discapacidad identificada se encuentra en mayor concentración en las localidades de Kennedy (13,4 %), Bosa (10 %), Rafael Uribe Uribe (9,3 %), Suba (7,7 %), Ciudad Bolívar (7,6 %), y (7,0 %) en San Cristóbal; 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 (3,4 %) en el D.C; de manera particular las localidades de la Candelaria (9,4 %), Santa Fe (7,3 %), Puente Aranda (6,5%), Sumapaz y Los Mártires (6,4 %); considerándose que la discapacidad representa una mayor carga en la población de dichas localidades.

En la condición de discapacidad se presentan como principales alteraciones las relacionadas con el movimiento del cuerpo (55,2 %), el sistema nervioso (42 %), visuales (33 %) y sistema cardiorrespiratorio y defensas (32,4 %); este patrón se mantiene tanto en hombres, como de manera general. En las mujeres a diferencia de lo anterior, la tercera alteración más frecuente es la relacionada con el sistema cardiorrespiratorio y defensas, seguida de las alteraciones de tipo visual.

En coherencia con lo anterior, las principales limitaciones en las actividades de la vida diaria estuvieron relacionadas con caminar, correr, saltar (58,3 %), pensar y memorizar (39,9 %), desplazarse en trechos cortos (31 %), ver (27,8 %), llevar objetos con las manos (25,5 %), cambiar posiciones del cuerpo (23,9 %); Este patrón se mantiene en las mujeres, sin embargo en los hombres se encuentra como tercera limitación más frecuente es la relacionada con ver; las otras limitaciones mencionadas se comportan de acuerdo con el patrón evidenciado.

Tabla 46. Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y sexo; Bogotá D. C.; registrada entre 2002-31 de octubre de 2018. Bogotá D. C. (n=234.808), datos preliminares

Alteraciones permanentes	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Sistema nervioso	46.632	46,0%	51.936	38,9%	98.568	42,0%
Ojos	30.852	30,4%	46.596	34,9%	77.448	33,0%
Oídos	15.105	14,9%	17.961	13,5%	33.066	14,1%
Demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)	2.307	2,3%	2.873	2,2%	5.180	2,2%
La voz, el habla	18.715	18,5%	15.357	11,5%	34.072	14,5%
Sistema cardiorrespiratorio, las defensas	26.209	25,8%	49.870	37,4%	76.079	32,4%
Digestión, el metabolismo, las hormonas	14.340	14,1%	28.865	21,6%	43.205	18,4%
Sistema genital, urinario, reproductivo	10.698	10,6%	13.356	10,0%	24.054	10,2%
Otra alteración	2.320	2,3%	3.787	2,8%	6.107	2,6%
Total Población con discapacidad	101.390		133.418		234.808	

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 15 de noviembre de 2018. Base de datos Registros de Licencias de Inhumación, expedidas por la Secretaría Distrital de Salud con corte a septiembre 30 de 2018.

Tabla 47. Población con discapacidad, según limitaciones en las actividades de la vida diaria y sexo; Bogotá D. C.; registrada entre 2002-31 de octubre de 2018.
Bogotá D. C., (n= 234.808), datos preliminares

Limitaciones en actividades de la vida diaria	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Para pensar	43.558	43,0 %	50.021	37,5 %	93.579	39,9 %
Para ver	26.175	25,8 %	39.204	29,4 %	65.379	27,8 %
Para oír	13.129	12,9 %	15.283	11,5 %	28.412	12,1 %
Para distinguir sabores u olores	2.000	2,0 %	2.449	1,8 %	4.449	1,9 %
Para hablar y comunicarse	20.941	20,7 %	17.375	13,0 %	38.316	16,3 %
Para desplazarse en trechos cortos	24.860	24,5 %	47.928	35,9 %	72.788	31,0 %
Para masticar, tragar, asimilar o transformar los alimentos	12.068	11,9 %	23.563	17,7 %	35.631	15,2 %
Para retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	11.120	11,0 %	14.171	10,6 %	25.291	10,8 %
Para caminar, correr, saltar	54.253	53,5 %	82.542	61,9 %	136.795	58,3 %
Para mantener piel, uñas y cabellos sanos	7.106	7,0 %	9.316	7,0 %	16.422	7,0 %
Para relacionarse con las demás personas y el entorno	20.829	20,5 %	19.092	14,3 %	39.921	17,0 %
Para llevar, mover, utilizar objetos con las manos	23.902	23,6 %	36.065	27,0 %	59.967	25,5 %
Para cambiar y mantener posiciones del cuerpo	22.925	22,6 %	33.163	24,9 %	56.088	23,9 %
Para alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	12.578	12,4 %	14.287	10,7 %	26.865	11,4 %
Otra dificultad	3.186	3,1 %	4.120	3,1 %	7.306	3,1 %
Total Población con discapacidad	101.390		133.418		234.808	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 15 de noviembre de 2018. Base de datos Registros de Licencias de Inhumación, expedidas por la Secretaría Distrital de Salud con corte a septiembre 30 de 2018.

De otra parte, la variable "Categorías de la discapacidad", que se incorporó en el formulario de registro a partir del año 2012 muestra que la categoría relacionada con la movilidad es la más representativa en la población, seguida de las categorías múltiple y mental-cognitiva.

Tabla 48. Población con discapacidad, según categorías y sexo; Bogotá D. C.; registrada entre 2002-31 de octubre de 2018. Bogotá D. C. (n= 234.808), datos preliminares

Categoría de la discapacidad	Total	
	Pcd	%
Movilidad	30.305	12,9 %
Sensorial Auditiva	4.619	2,0 %
Sensorial Visual	5.140	2,2 %
Sensorial Gusto-Olfato-Tacto	89	0,0 %
Sistémica	6.455	2,7 %
Mental Cognitiva	13.871	5,9 %
Mental Psicosocial	5.937	2,5 %
Voz y Habla	363	0,2 %
Piel, Uñas y Cabello	69	0,0 %
Enanismo	45	0,0 %
No la Sabe Nombrar	813	0,3 %
Múltiple	29.308	12,5 %
Sin dato	137.794	58,7 %
Total	234.808	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 15 de noviembre de 2018. Base de datos Registros de Licencias de Inhumación, expedidas por la Secretaría Distrital de Salud con corte a septiembre 30 de 2018.

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 (38 %), con las alteraciones genéticas o hereditarias (12,7 %) y con accidente (8,4 %); 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.

2.8.1. Identificación de prioridades principales en la morbilidad

En la Tabla 47, se muestran los eventos de morbilidad con la variación relativa entre 2016 y 2017 para Bogotá D. C. con los grupos de riesgos según el MIAS; donde se evidencia que la mayor proporción se encuentra en enfermedades no transmisibles y lesiones de causa externa; con tendencia a la disminución.

Analizando por subgrupos se observa que las enfermedades no transmisibles se presentan en la adolescencia y en las personas mayores, las lesiones de causa externa el grupo de riesgo es la adolescencia y la juventud y los eventos transmisibles predominan en los menores de 5 años.

En eventos de alto costo los indicadores analizados muestran una tendencia a la disminución, aunque con el grupo de riesgo del VIH inicia a los 15 años; en eventos precursores tienen una tendencia estable.

Tabla 49. Identificación de las principales prioridades de morbilidad en salud

Morbilidad	Prioridad	Bogotá (Año 2017)	Colombia (Año 2016)	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles	65,7	68,6	-2,9	Cardio – cerebro - vascular – metabólicas manifiestas
	2. Condiciones mal clasificadas	16,4	12,1	4,3	
	3. Lesiones	5,6	6,0	-0,4	Agresiones, accidentes y traumas
1. Lesiones					
Específica por Subcausas o subgrupos	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	82,51	81,62	0,9	Agresiones, accidentes y traumas
	2. Condiciones Materno Perinatales:				
	Condiciones maternas	84,82	85,61	-0,8	Materno perinatal
	3. Transmisibles y nutricionales:				
	Infecciones respiratorias	56,99	53,2	3,8	Presencia de enfermedades infecciosas
	4. No transmisibles:				
	Enfermedades musculoesqueléticas	15,78	15,24	0,5	Trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes
	5. Neoplasias:				
	Neoplasias malignas	2,18	1,96	0,2	Cáncer

Morbilidad	Prioridad	Bogotá (Año 2017)	Colombia (Año 2016)	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
Alto Costo	1. Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	80,2	89,5	-9,3	Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
	2. Tasa de incidencia de VIH notificada	31	34,8	-3,8	Infecciones
Precursores	1.Prevalencia de diabetes mellitus	2,5	2,5	0,0	Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
	2.Prevalencia de hipertensión arterial	8,3	8	0,3	Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
Discapacidad	1. Movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	55,2	55,2	0	Trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes
	2. Sistema nervioso	42	41,6	0,4	Trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes
	3. Sistema cardiorrespiratorio, las defensas	32,4	34	-1,6	Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas

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

2.8.2. Conclusiones de morbilidad

Bogotá D. C. se encuentra en transición epidemiológica; al analizar el comportamiento de la morbilidad atendida durante el periodo 2009 a 2016, a nivel general según el listado de grandes causas del Ministerio de Salud y Protección Social, la mayor carga de enfermedad la presenta enfermedades no transmisibles, seguido por condiciones mal definidas; en tercer lugar, las enfermedades transmisibles y nutricionales y, en cuarto lugar, lesiones de causa externa.

Las enfermedades no transmisibles tienen un aumento cronológico con la edad siendo la primera causa en los mayores de 6 años, con una relación hombre – mujer de 1:1 y los diagnósticos con mayor proporción son enfermedades musculo esqueléticas, condiciones orales y cardiovasculares, donde llama la atención que las cardiovasculares y las neoplasias malignas tienen mayor proporción en hombres. Por lo anterior, se deben realizar esfuerzos para aumento de medidas de promoción, tamizajes a edades cada

vez más tempranas y capacitación a la comunidad de signos de alarma que permitan un diagnóstico oportuno, fortalecimiento del talento humano para tratamiento pertinentes y estrategias que permitan la agilidad en los procesos administrativos que mejoren la oportunidad del tratamiento.

Las enfermedades transmisibles y nutricionales son la primera causa en la infancia y la segunda causa en infancia y juventud; con una relación hombre mujer de 1:1 y los diagnósticos de mayor proporción son las enfermedades respiratorias y las enfermedades infecciosas y parasitarias. Si bien, se han realizado grandes esfuerzos, aún se mantienen con una tendencia estables durante el periodo 2009 al 2017; por lo cual se considera continuar con los esfuerzos de la lactancia materna exclusiva, sensibilizar en el autocuidado y en capacitar en la estrategia AIEPI y proponer estrategias intersectoriales con intervención multifactorial.

Las lesiones se presentan con mayor proporción en adolescencia y juventud, aunque se encuentra en todos los ciclos vitales, con una relación hombres – mujer de 2:1 y la causa principal es el subgrupo Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas.

Las condiciones mal clasificadas es la segunda causa de morbilidad atendida; por lo cual hay que continuar con los procesos de fortalecimiento en la calidad del registro en el sistema de información de Registro Individual de Prestación de Servicios.

Teniendo en cuenta que el año 2017 se presentó un aumento de la población inmigrante, Colombia a través del Ministerio de Salud y Protección Social decide generar la circular N° 000029 del 16 agosto de 2017 donde define el proceso de notificación de los pacientes extranjeros sin seguro internacional; la Secretaria Distrital de Salud realizó los ajustes pertinentes en el validador del aplicativo RIPS y realizó las capacitaciones para las instituciones prestadoras de servicios de salud de todo Bogotá D. C. donde se observó que para el año 2017, del total de la atenciones a migrantes internacionales el 12 % corresponde a la República Bolivariana de Venezuela.

Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en entre Bogotá y Colombia para los indicadores de: prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, tasa de incidencia de VIH y Tasa de incidencia de leucemias aguda pediátrica en menores de 15 años.

En cuanto a los eventos precursores, se observó una tendencia al aumento de la prevalencia de diabetes mellitus y de hipertensión arterial durante el periodo 2013 al 2017; además, al comparar estos indicadores entre Bogotá D. C. y Colombia, no hubo diferencias estadísticamente significativas.

2.9. Análisis de los determinantes sociales de la salud DSS

2.9.1. Determinantes intermedios de la salud

2.9.1.1. Condiciones de vida

2.9.1.1.1. 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 48).

Tabla 50. 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 51. 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

2.9.1.2. Seguridad Alimentaria

Se evidencia que los indicadores intermediarios de la salud relacionados con seguridad alimentaria y nutricional en Bogotá, no presentan diferencias estadísticamente significativas al compararlos con la Nación.

Tabla 52. Determinantes Intermediarios de la Salud

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Bogotá
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN 2010)	1,8	2,60
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE 2015)	12,1	12,59
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN 2010)	3,4	2,90
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años (ENSIN 2010)	13,2	16,40
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN 2010)	39,8	43,40
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años (ENSIN 2010)	62	60,70
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN 2010)	27,5	21,00

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

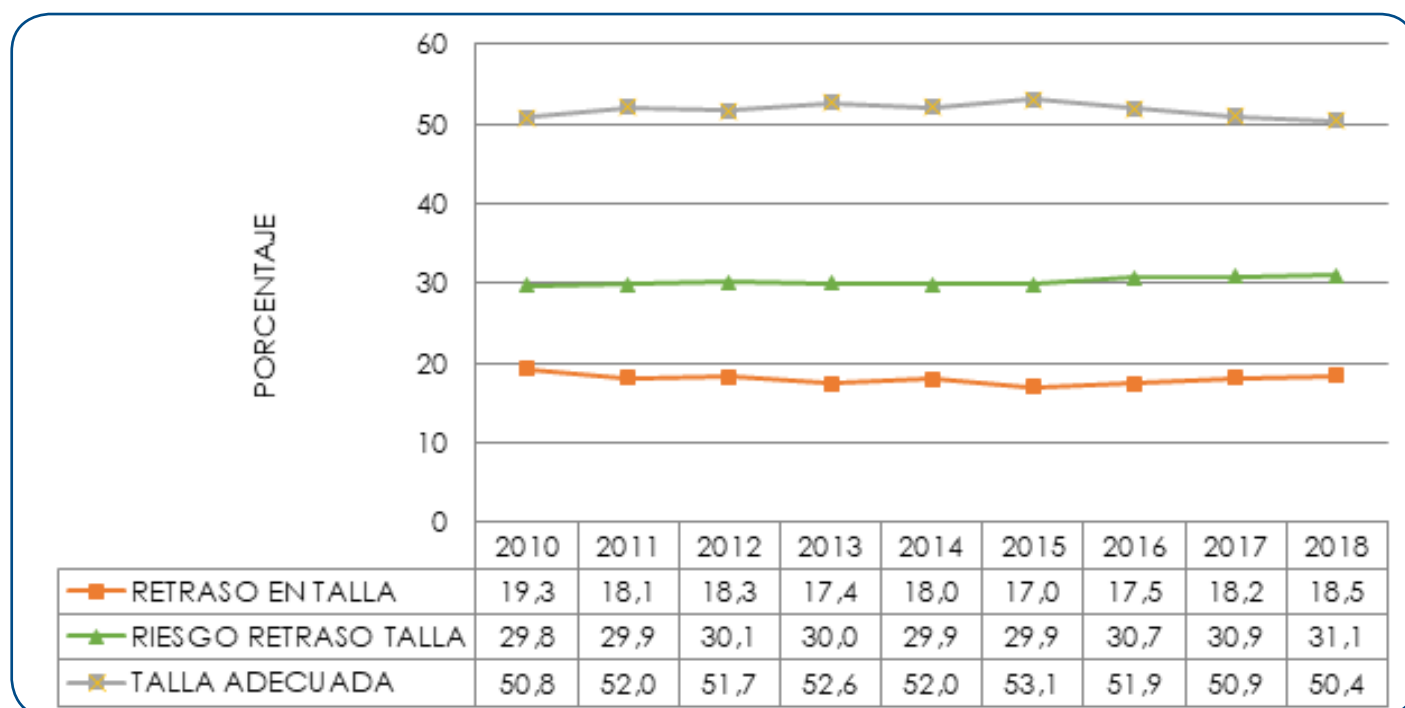
Los indicadores del estado nutricional para Bogotá han presentado un aumento significativo en el sobrepeso y la obesidad en los niños, niñas y adolescentes con persistencia de segmentos de población afectados por la desnutrición especialmente en la población más vulnerable, lo cual caracteriza a la población residente en el distrito capital en una transición epidemiológico que transita por la doble carga nutricional.

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.

2.9.1.2.1. Malnutrición en menores de 5 años

- **Desnutrición Crónica:** El indicador talla para la edad, mide el crecimiento de acuerdo a la edad del niño, el cual, refleja la calidad de la alimentación recibida por el niño durante cada momento de vida (desde la etapa intrauterina hasta los tres primeros años), permitiendo determinar el retraso en el crecimiento que se definió como desnutrición crónica o retraso en talla, cuyos efectos en gran medida, son irreversibles y se relacionan estrechamente con la extrema pobreza. La prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años del Distrito Capital presenta una tendencia descendente, alcanzando el 18.5 % en el año 2018, el 31.1 % de los menores presenta riesgo de retraso en talla (Gráfico 54).

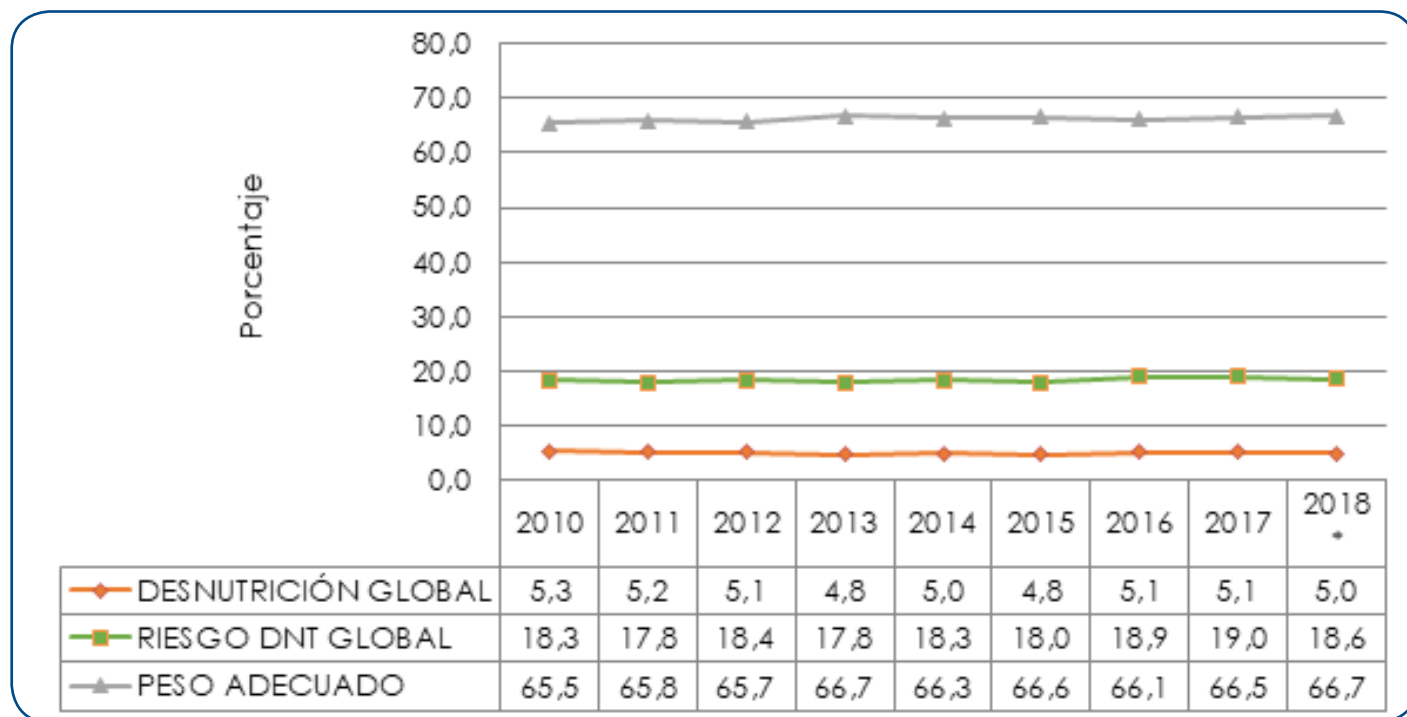
Gráfico 54. Estado nutricional en niños y niñas menores de 5 años, según indicador talla para la edad, captados al SISVAN- SDS. Bogotá D. C., 2010- 2018*



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. SVSP -Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN. * Información preliminar, Octubre de 2018.

- **Desnutrición Global:** Respecto al indicador peso para la edad, que refleja 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 5.0 % en 2018 (Gráfico 55).

Gráfico 55. Estado nutricional en niños y niñas menores de 5 años, según indicador peso para la edad, captados al SISVAN- SDS. Bogotá D. C., 2010- 2018*

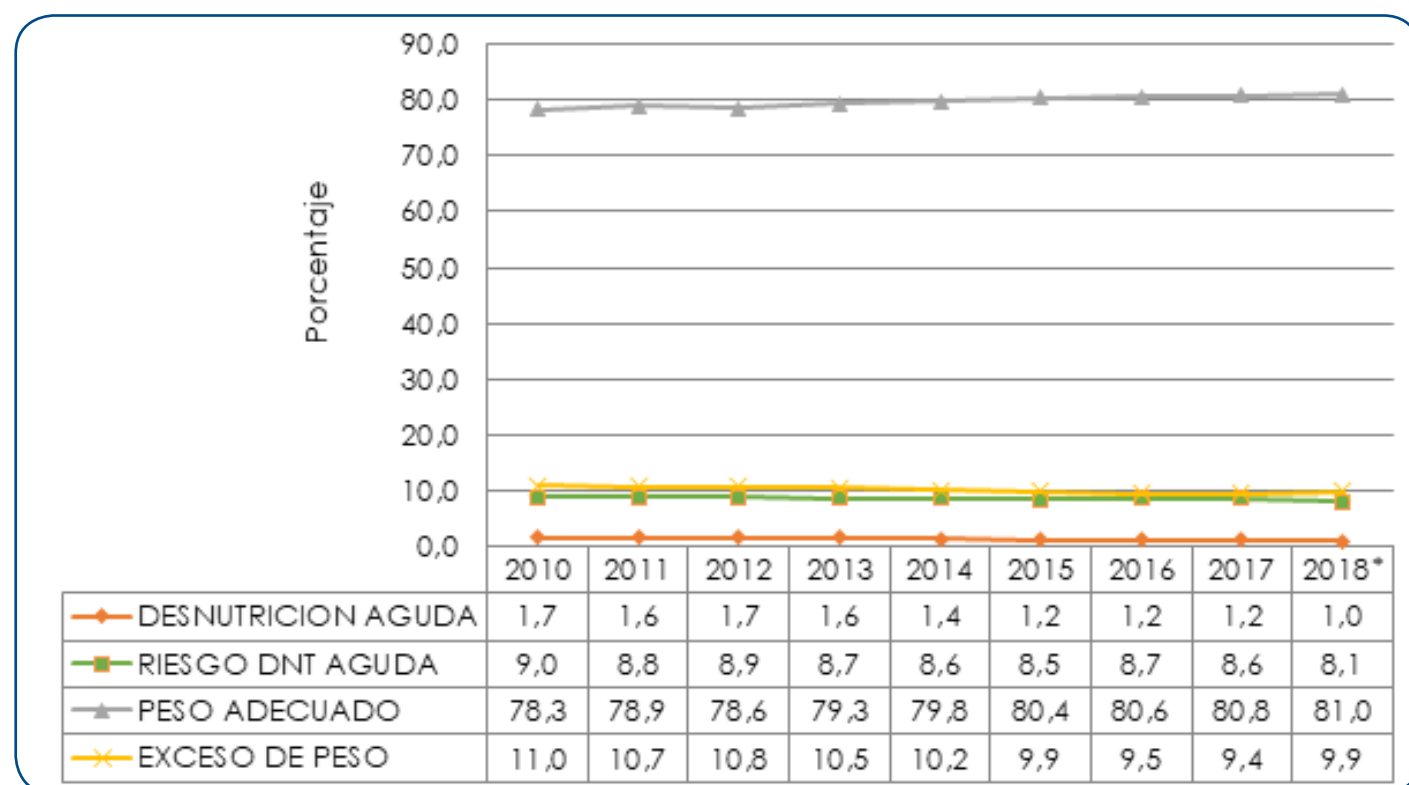


Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. SVSP -Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN. * Información preliminar, Octubre de 2018.

- Desnutrición Aguda: Detectada por el indicador peso para la talla, presenta una disminución importante en el período, pasando de 1,7 % en 2010 a 1,0 % en 2018*; 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 56).

Por otro lado, a pesar de que la prevalencia de exceso de peso en niños y niñas menores de 5 años presenta un leve descenso, la implementación de estrategias para promover la alimentación saludable y la actividad física desde edades tempranas es relevante para combatir la doble carga nutricional.

Gráfico 56. Estado nutricional en menores de 5 años captados por el SISVAN, según el indicador peso para la talla. Bogotá D. C., 2010- 2018*



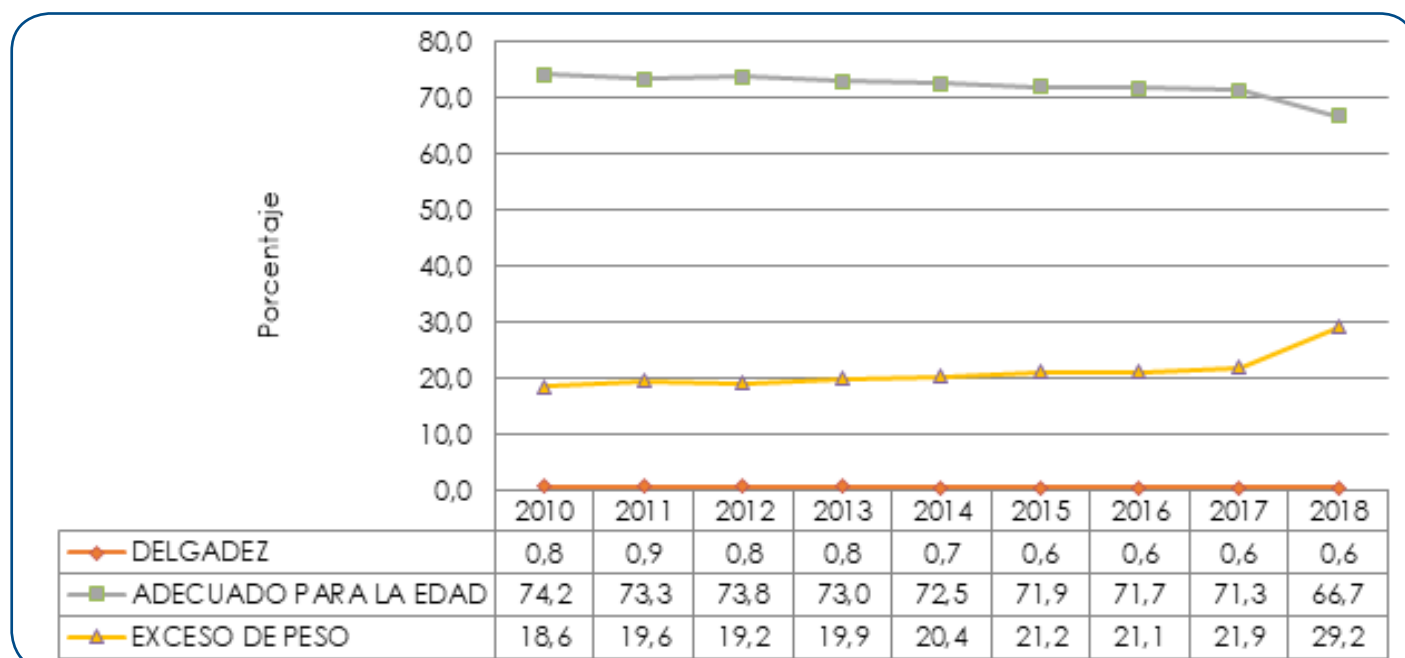
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. SVSP -Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN. * Información preliminar, Octubre de 2018.

2.9.1.3. 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 2018, mientras el exceso de peso evidencia un incremento sostenido, propio de la transición nutricional que sufre la población del distrito capital: el sobrepeso pasó de 15,9 % en 2010 a 18,2 % en 2018 y la obesidad cambió del 7,8 % en 2010 al 11,4 % en 2018 (Gráfico 57).

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 obeso génicos en las instituciones educativas y los hogares y lograr la disminución de factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles.

Gráfico 57. Estado nutricional de 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- 2018*



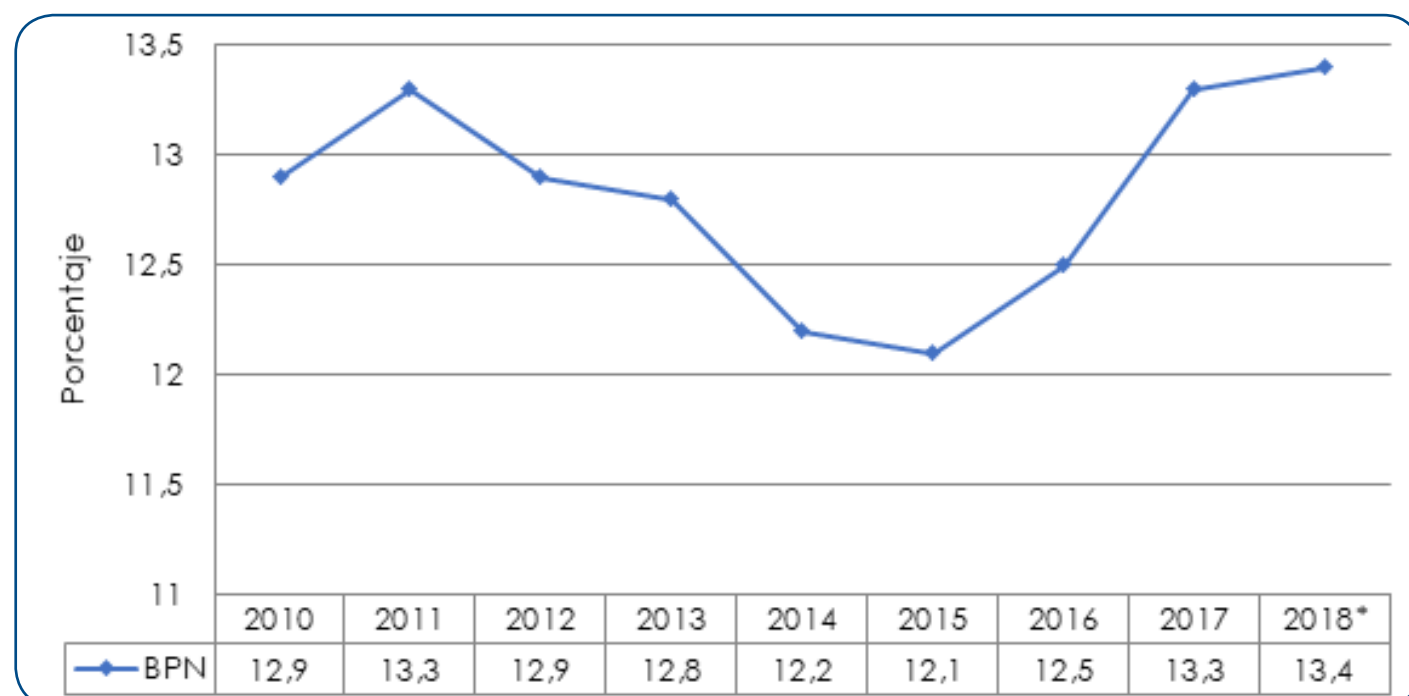
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. SVSP -Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN. * Tamizaje Nutricional del Escolar 2018.

2.9.1.4. 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 13,4 % en 2018, información preliminar con corte a junio (Gráfico 58).

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 58. Proporción de bajo peso al nacer en Bogotá D. C., 2010-2018*



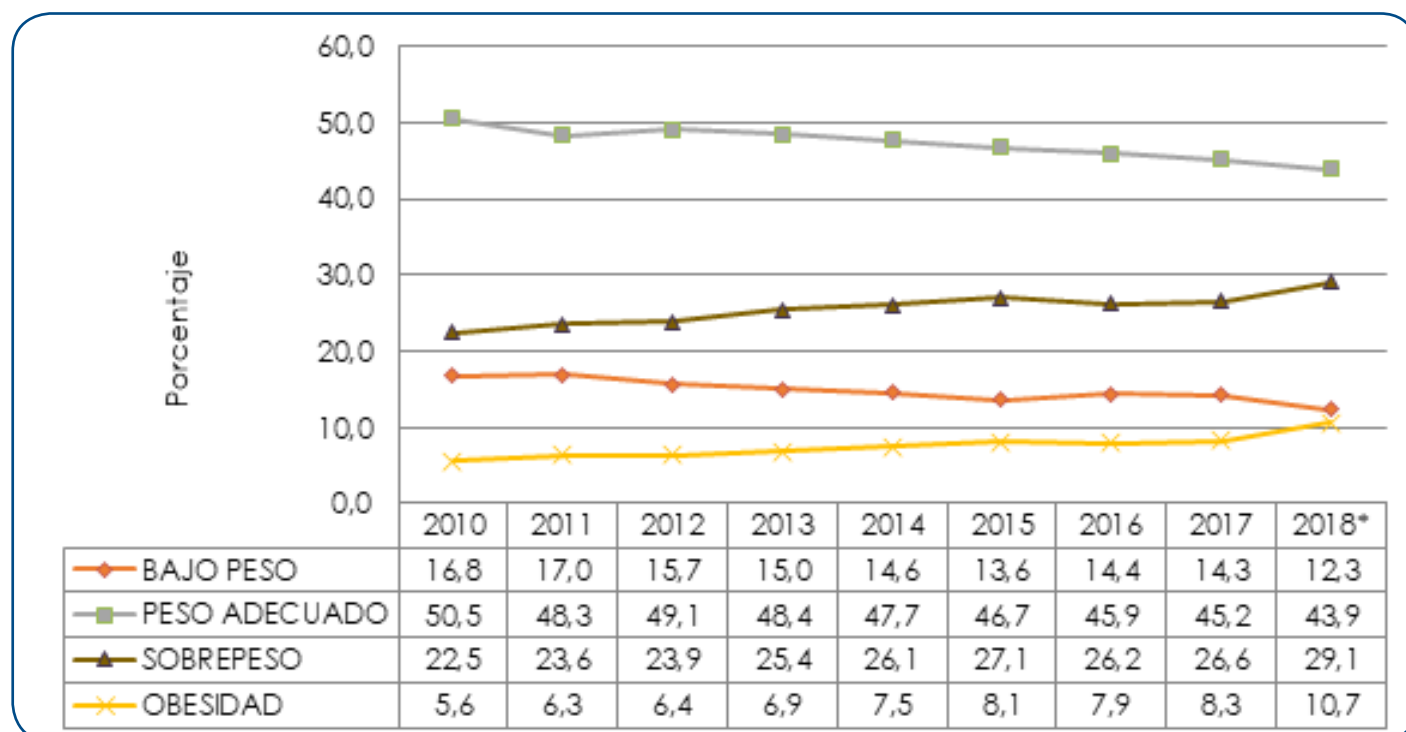
Fuente: SDS estadísticas vitales. Base de datos RUAF 2018 - * información preliminar noviembre 2018.

2.9.1.4.1. Malnutrición de la gestante

El fenómeno de la doble carga nutricional 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 12,3 % en 2018, información preliminar, corte a junio. Por otro lado, el exceso de peso se incrementó así: el sobrepeso cambió del 22,5 % en 2010 al 29,1 % en 2018 y la obesidad, del 5,6 % en 2010 al 10,7 % en 2018 (Gráfico 59).

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 59. Estado Nutricional de Gestantes captadas por el SISVAN según el indicador IMC para la Edad Gestacional. Bogotá, 2009- 2018*



FUENTE: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. SVSP -Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN. Patrón de referencia Athala. * Información preliminar octubre de 2018.

2.9.1.4.2. Condiciones de trabajo

Condiciones de salud y trabajo de la población trabajadora del sector informal de la economía en Bogotá, D. C. año 2018

Para efectos del Subsistema Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de los Trabajadores de la Economía Informal -SIVISTRA-, trabajador informal es todo aquel 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.

Durante el año 2018, desde el SIVISTRA, se abordaron 2719 trabajadores del sector informal de la economía en las 20 localidades del distrito capital, a través de la investigación y análisis de 551 eventos mórbidos, 1577 casos de evaluación de la exposición a sustancias químicas, 268 eventos de condiciones biomecánicas y 169 eventos por riesgo psicosocial. Evidenciándose 732 (27 %) trabajadores más abordados con respecto al año 2017.

Características sociodemográficas

Del total de trabajadores intervenidos, su distribución por sexo fue: 76.2 % hombres, 23.6 % mujeres y 0.2 % indeterminados, ubicándose la mayor población en el grupo de edad entre los 50 a 54 años (386 trabajadores), seguida del grupo de edad entre los 35 a 39 años (346 trabajadores); con respecto al nivel educativo el mayor porcentaje de los trabajadores cuenta con "secundaria completa (890 / 32,7 %)", seguido de secundaria incompleta (594 / 21,8 %) y Técnico pos secundaria completo (432 / 15,9 %).

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

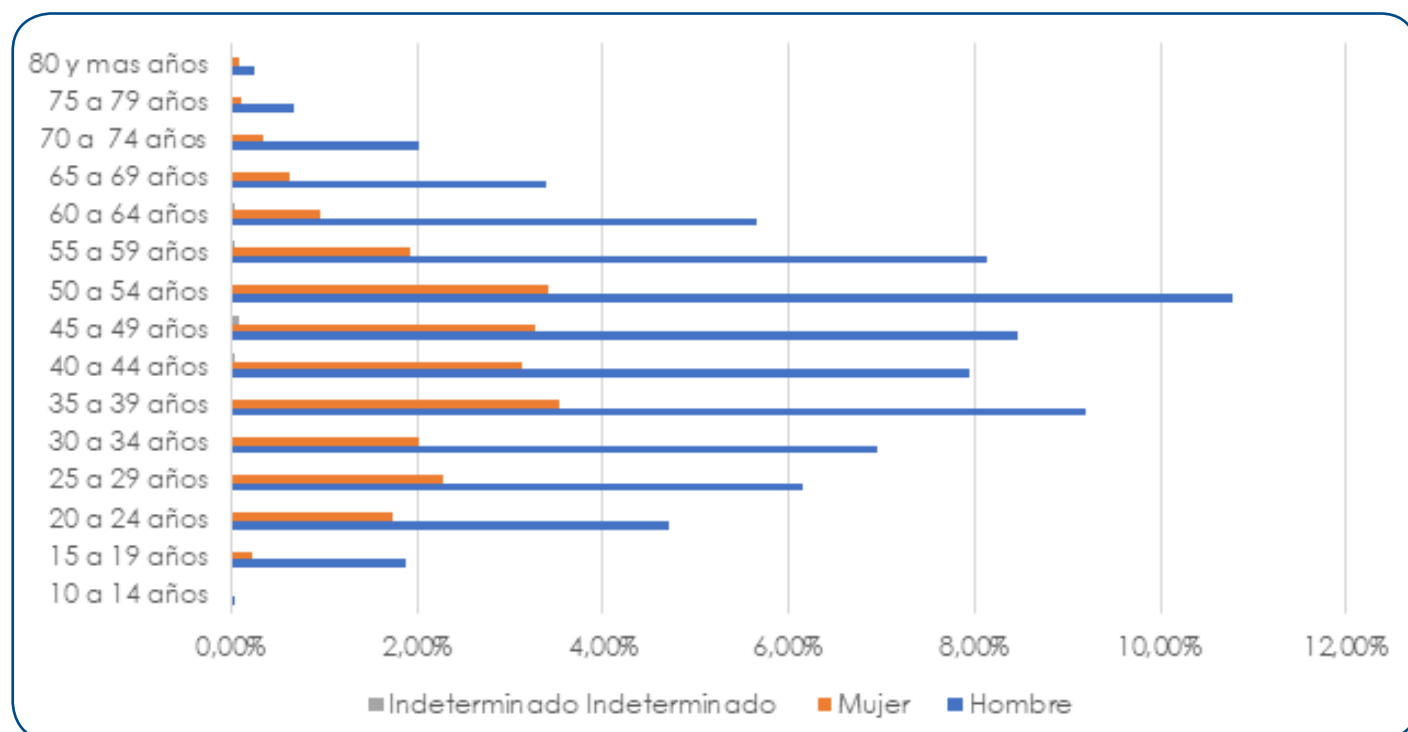
**Tabla 53. Distribución de la población abordada según ocupación y sexo.
Bogotá, D. C., enero a octubre de 2018**

ocupacion	Sexo							
	Hombre		Mujer		Indeterminado		Total	
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Artista gráfico y afines	30	1,4%	5	0,8%	0	0,0%	35	1,3%
Cargos administrativos y de ventas	232	11,2%	212	33,0%	0	0,0%	444	16,3%
Carniceros, pescaderos y afines	5	0,2%	1	0,2%	0	0,0%	6	0,2%
Carpinteros, ebanistas, trabajadores de la madera	219	10,6%	29	4,5%	0	0,0%	248	9,1%
Mecánicos	595	28,7%	26	4,0%	0	0,0%	621	22,8%
Otras ocupaciones u oficios	144	6,9%	57	8,9%	0	0,0%	201	7,4%
Otros oficios con exposición a s. químicas	35	1,7%	6	0,9%	0	0,0%	41	1,5%
Peluqueros y afines	38	1,8%	176	27,4%	4	80,0%	218	8,0%
Pintores	146	7,0%	12	1,9%	0	0,0%	158	5,8%
Soldadores y Montador de estructuras metálicas	273	13,2%	10	1,6%	0	0,0%	283	10,4%
Tapiceros	137	6,6%	22	3,4%	1	20,0%	160	5,9%
Trabajador agropecuario	22	1,1%	26	4,0%	0	0,0%	48	1,8%
Trabajadores de construcción	56	2,7%	19	3,0%	0	0,0%	75	2,8%
Vidriero / marquetero	20	1,0%	7	1,1%	0	0,0%	27	1,0%
Zapatero y otros trabajadores del cuero	120	5,8%	34	5,3%	0	0,0%	154	5,7%
Total	2072	100,0%	642	100,0%	5	100,0%	2719	100,0%

Fuente: Base de Datos SIVISTRA. Enero a octubre de 2018.

La anterior tabla permite identificar 2 tipos de ocupaciones abordados con mayor frecuencia; que corresponde a mecánicos (22.8 %), Soldadores y Montador de estructuras metálicas (10.4 %), los cuales están asociados al énfasis de investigación de eventos por exposición a sustancias químicas.

Gráfico 60. Distribución de la población abordada según sexo y edad.
Bogotá, D. C., enero a octubre de 2018



Fuente: Base de Datos SIVISTRA. Enero a octubre de 2018.

En relación con la edad, la mayor población en el grupo de edad entre los 50 a 54 años (386 trabajadores), seguida del grupo de edad entre los 35 a 39 años (346 trabajadores).

Con respecto a la afiliación a seguridad social, el 55,2 % se encuentra en régimen contributivo, de los cuales el 49,2 % son beneficiarios y el 50,5 % cotizante; el 31,2 % son subsidiados y un 11,5 % esta No Asegurado; estos últimos ubicados principalmente en las ocupaciones de Mecánicos (33,9 %), Soldadores y Montador de estructuras metálicas (14,4 %) y Pintores (8,6 %). En relación con el Régimen de afiliación a pensiones, el 95,8 % no se encuentra afiliado.

Se encuentra que el 47,6 % de los trabajadores cuentan con ingresos entre 1 y 2 SMMLV; el 41,6 % tienen ingresos correspondiente a 1 SMMLV, tan solo el 2,7 % de la población tienen ingresos de 2 y más SMMLV.

Condiciones de salud y trabajo

Durante el periodo enero a octubre de 2018 se realizaron 2719 intervenciones, distribuidas por casos conforme se muestra a continuación:

**Tabla 54. Intervenciones realizadas según tipo de evento y de asociación.
Bogotá, D. C., enero a octubre de 2018**

Eventos	Total	
	No. Casos	%
Accidente	79	2,9
Enfermedad / Cond. Mórbida	551	20,3
Exp. Elevada a S. Químicas	1.577	58,0
Condiciones Biomecánicas (APT)	268	9,9
Riesgo Psicosocial	169	6,2
Sin dato	75	2,8
Total	2.719	100,0

Fuente: Tablero de control SIVISTRA. Enero a octubre de 2018.

Observando que la Exposición a Sustancias químicas ocupa el 58 % de las intervenciones realizadas, lo mismo acorde al énfasis del subsistema, seguidas de la intervenciones por Enfermedad con un 20.3 %.

Los eventos abordados se presentaron en su gran mayoría en población de sexo masculino, a excepción de evento por riesgo psicosocial que en mayor % se presentó en población de sexo femenino como se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 55. Intervenciones realizadas según tipo de evento y sexo.
Bogotá, D. C., enero a octubre de 2018**

Eventos	sexo						
	Masculino	%	Femenino	%	Indeterminado	%	Total
Accidentes	70	88,6	9	11,4	0	0,0	79
Enfermedades Morbidas	426	76,8	129	23,2	0	0,0	555
Exp. Elevada a S. Químicas	1.236	77,4	358	22,4	2	0,1	1.596
Condiciones Biomecánicas (APT)	184	68,7	83	31,0	1	0,4	268
Riesgo Psicosocial	50	29,6	118	69,8	1	0,6	169
Total	1.966	73,7	697	26,1	4	0,1	2.667

Fuente: Tablero de control SIVISTRA. Enero a octubre de 2018.

Las investigaciones realizadas por exposición a sustancias químicas, arrojan que el 19.6 % corresponde a nivel riesgo crítico, el 51.6 % nivel riesgo alto, el 9.2 % nivel riesgo medio, el 0.5 % nivel riesgo bajo. Los rangos de edad más afectados se ubican entre los 35 a 39 años, 44 a 49 años y de 50 a 54 años.

**Tabla 56. Exposición. elevada a sustancias químicas * sexo y edad.
Bogotá, D. C., enero a octubre de 2018**

Rango de edad	Masculino	%	Femenino	%	Indeterminado	%	Total
10 a 14 años	1	100,0					1
15 a 19 años	28	87,5	4				32
20 a 24 años	58	70,7	24	29,3			82
25 a 29 años	87	76,3	27	23,7			114
30 a 34 años	115	77,7	33	22,3			148
35 a 39 años	142	71,4	57	28,6			199
40 a 44 años	135	73,8	48	26,2			183
45 a 49 años	132	72,5	49	26,9	1	0,5	182
50 a 54 años	181	76,7	55	23,3			236
55 a 59 años	138	83,1	27	16,3	1	0,5	166
60 a 64 años	107	88,4	14	11,6			121
65 a 69 años	57	85,1	10	14,9			67
70 a 74 años	40	88,9	5	11,1			45
75 a 79 años	10	76,9	3	23,1			13
80 Y más	5	71,4	2	28,6			7
Total general	1236	77,4	358	22,4	2		1596

Fuente: Tablero de control SIVISTRA. Enero a octubre de 2018.

Las investigaciones realizadas por condiciones Biomecánicas, el 5.6 % corresponde a nivel riesgo crítico, el 42.5 % nivel riesgo alto, el 45.1 % nivel riesgo medio. Las ocupaciones con mayor afectación por condiciones biomecánicas son Peluqueros y afines (14.2 %), carpinteros – ebanistas (6.3 %), seguido de cargos administrativos (4.9 %) y pintores (4.5 %).

Los eventos por enfermedad / condición mórbida se presentaron en un 20.3 %, en su gran mayoría en trabajadores de sexo masculino en rango de edad entre 50 a 54 años (16.6 %); las ocupaciones más afectadas fueron los mecánicos (9 %), carpinteros (6.8 %), soldadores (5.4 %) y cargos administrativos y de ventas (5.2 %).

En la siguiente tabla se presentan los principales diagnósticos de enfermedad identificados, siendo la dermatitis de contacto (65) y la cefalea (61) con los mayores casos detectados.

**Tabla 57. Diagnóstico de enfermedad (condición mórbida) principal.
Bogotá, D. C., enero a octubre de 2018**

Diagnóstico de Enfermedad (condición mórbida) principal	Total
Dermatitis de contacto	65
Cefalea	61
Trastorno del ojo y sus anexos, no especificado	49
Síndrome del túnel del carpo	45
Lumbago no especificado	42
Conjuntivitis crónica	35
Afección respiratoria no especificada, debida a inhalación de gases, humos, vapores y sustancias químicas	26
Lesiones del hombro, no especificada	26
Dermatitis alérgica	24
Conjuntivitis aguda	16
Afecciones respiratorias debidas a agentes externos no especificados	14
Pterigios	14
Epicondilitis lateral	11
Otras mononeuropatías y las no especificadas	11

Fuente: Tablero de control SIVISTRA. Enero a octubre de 2018.

Con respecto al evento accidente los mismos ocupan el 2.9 % de los casos abordados, presentándose en el 88.6 % de trabajadores de sexo masculino y el 11.4 % de sexo femenino, siendo el rango de edad más afectado entre 50 a 54 años con 12 casos.

Gráfico 61. Distribución de accidentes por tipo de lesión. Bogotá, D. C., enero a octubre de 2018

Fuente: Tablero de control SIVISTRA. Enero a octubre de 2018.

El tipo de lesión que más se presentó fueron las heridas (31.6 %), seguidas de las contusiones, aplastamiento con un 16.5 %; siendo el 80.8 % de las mismas lesiones moderadas. Las ocupaciones más afectadas por la presencia de accidentes fueron los soldadores (11.4 %), carpinteros (7.6 %), pintores (6.3 %), mecánicos y carniceros (5.1 %); siendo el riesgo por condiciones de seguridad (81.5 %) el que mayor estuvo asociado a este tipo de lesiones; y el contacto con elementos cortantes, punzantes (46 %) fue el mecanismo de mayor proporción con los cuales se generaron los accidentes.

2.9.1.5. Factores conductuales, psicológicos y culturales

Se evidencia que los indicadores intermediarios de la salud relacionados con los factores conductuales, psicológicos y culturales en Bogotá, no presentan diferencias estadísticamente significativas al compararlos con la Nación.

Tabla 58. Determinantes intermedios: factores conductuales, psicológicos y culturales

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Bogotá
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas y verduras diariamente (ENSIN 2010)	66,8	74,40
Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares (ENSPA 2011)	39,81	48,02
Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS 2005-2015)	79,4	86,00
Porcentaje de hombres actualmente unidos con uso actual de algún método anticonceptivo (13 y 49 años) (ENDS 2015)	79,4	86,00
Edad mediana de primera relación sexual de mujeres de 20 a 49 años, ENDS 2015	17,6	18,10
Edad mediana de primera relación sexual de hombres de 20 a 49 años, ENDS 2015	16,2	16,50
Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años (ENSPA 2011)	5,22	7,36
Cobertura de tratamiento antiretroviral (Cuenta de alto costo MSPS 2016)	91,51	91,74
Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año (ENSPA 2011)	8,65	13,31
Prevalencia de fumadores actuales (ENS 2007)	12,8	15,90

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

2.9.1.5.1. 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 59. 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 60. 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 61. 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 60, 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 62. 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 61, 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 63. 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.

En la Tabla 62 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 64. 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	12,06	8,65	4,68	4,85	2,16

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

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

2.9.1.5.2. 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.

Tabla 65. 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.

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 66. 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 65 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 67. 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.

2.9.1.5.3. 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 al total de los casos efectivos o intervenidos, durante los mismos períodos anuales correspondientes. El cálculo de las proporciones excluyó los casos fallidos y no residentes en la ciudad de Bogotá, D. C.

Tabla 68. 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.

Tabla 69. 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.

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 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 70. 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	8.461	9.658	9.357	8.988	6.969
Prioritario	11.722	11.991	14.897	16.115	14.135
Total general	20.718	21.649	24.254	25.103	21.129

Fuente: SIVIM – Secretaría Distrital de Salud 2012 a 2016.

La anterior 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.

2.9.1.6. Sistema Sanitario

2.9.1.6.1. 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 biológicos, la ciudad no logro en anti polio y contra la triple viral, en el último año, coberturas útiles (Tabla 71).

Tabla 71. 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.

2.9.1.6.2. 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 % corresponden a Dificultad accesibilidad administrativa, seguido con un 18,9 % a causa de aquellas identificadas como Inconsistencias en sistemas de información-aseguramiento, seguido del 17 % relacionada con la no oportunidad de los 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 72. Once primeras causas de barreras de acceso identificadas por localidad y registradas en el SIPS en el año 2015

PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS 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 Cristóbal	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.

2.9.1.6.3. Análisis de oferta de servicios

En Bogotá al corte del 31 de diciembre de 2018 se identificaron registrados un total de trece mil quinientos veintitrés (13.523) prestadores de servicios de salud en el REPS, de los cuales la mayor representatividad la constituye los profesionales independientes con el 86,2 % (11.652 prestadores) y las instituciones prestadoras de servicios de salud con el 11,4 % (1549 prestadores) (tabla 73).

Tabla 73. Prestadores de servicios de salud de Bogotá D. C., según inscripción al REPS. a diciembre de 2018

TIPO DE PRESTADOR	TOTAL PRESTADORES	TOTAL SEDES
Instituciones – IPS	1.549	2.926
Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	293	437

Tipo de prestador	Total prestadores	Total sedes
Profesional Independiente	11.652	12.647
Transporte Especial de Pacientes	29	29
Total general	13.523	16.039

Fuente: Base de Datos Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Corte 31-12-2018

Comparando los datos del diagnóstico de la oferta del año 2017 con los datos del año 2018, respecto al tipo de prestadores inscritos y su naturaleza jurídica se identificó disminución en el número de prestadores tipo IPS (3.84 %) y en prestadores de tipo transporte especial (6.45 %). Por el contrario, se identificó aumento en el número de prestadores de tipo objeto social diferente (4.77 %) y en prestadores de tipo profesional independiente (7.13 %).

Según la naturaleza jurídica de los trece mil quinientos veintitrés (13.523) prestadores de servicios de salud inscritos en Bogotá en el año 2018, se encuentran cuatro (4) prestadores de naturaleza mixta con el 0.03 % de representatividad, doce mil ciento ochenta y un (13.487) prestadores de naturaleza privada que consolidan el 99.73 % y treinta y dos (32) prestadores de naturaleza pública con una representatividad del 0.24 % (tabla 74).

Tabla 74. Prestadores de servicios de salud de Bogotá D. C., según naturaleza jurídica a diciembre de 2018

Tipo de prestador	Naturaleza jurídica	Total	Porcentaje
IPS	Mixta	2	0,01
	Privada	1.538	11,37
	Pública	9	0,07
	Total	1.549	11.45
OBJETO SOCIAL DIFERENTE	Mixta	2	0,01
	Privada	268	2
	Pública	23	0,17
	Total	293	2.18
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	Privada	11.652	86,16
TRANSPORTE ESPECIAL	Privada	29	0,21
Total general		13.523	100

Fuente: Base de Datos Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Corte 31-12-2018

En lo que refiere a servicios de salud los trece mil quinientos veintitrés (13.523) prestadores de servicios de salud inscritos registraron en el REPS un total de cuarenta y seis mil seiscientos seis (46.606) servicios, de los cuales, el 51 % son ofertados por instituciones prestadoras de servicios de salud (23.612), el 46.5 % (21.655) son ofertados por profesionales independientes y el 2.9 % son ofertados por instituciones con objeto social independiente y transporte especial (tabla 75).

Tabla 75. Servicios de salud de Bogotá D. C., según inscripción de prestadores al REPS, a diciembre de 2016

Tipo de prestador	Cantidad	Porcentaje
IPS	23.612	50,66
Objeto Social Diferente	1.300	2,79
Profesional Independiente	21.655	46,47
Transporte Especial	39	0,08
Total general	46.606	100

Fuente: Base de Datos Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Corte 31-12-2018

Contrastando los años 2017 y 2018, se encuentra que la oferta de servicios de salud de Bogotá aumentó en un 1,06 % (496 servicios más) en el año 2018, manteniéndose concentrada la oferta a través de prestadores tipo IPS y profesional independiente.

2.9.1.6.4. 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 2018 contó con la oferta de (46.606) servicios, de los cuales, el 51 % son ofertados por instituciones prestadoras de servicios de salud (23.612), el 46.5 % (21.655) son ofertados por profesionales independientes y el 2.9 % son ofertados por instituciones con objeto social diferente y transporte especial. En comparación a la capacidad instalada del año 2016, se identifica en el año 2018 un aumento del 1.06 % en el número de servicios para la ciudad (pasando de 46.110 a 46.606 servicios).

Tabla 76. Capacidad instalada de la oferta de servicios de salud en el D. C. según naturaleza jurídica del prestador a 2018

Zona	Grupo Capacidad	Mixta	Privada	Pública	Total general
Centro Oriente	Ambulancias	0	29	11	40
	Apoyo terapéutico	0	269	58	327
	Camas	0	2474	1320	3794
	Salas	0	116	70	186
Norte	Ambulancias	0	321	65	386
	Apoyo terapéutico	0	859	26	885
	Camas	0	6425	1153	7578
	Salas	0	779	61	840
Sin Información	Ambulancias	0	45	19	64
	Apoyo terapéutico	0	61	0	61
	Camas	0	105	449	554
	Salas	0	65	17	82
Sur	Ambulancias	0	17	46	63
	Apoyo terapéutico	0	0	32	32
	Camas	0	0	570	570
	Salas	0	17	24	41
Sur Occidente	Ambulancias	0	153	17	170
	Apoyo terapéutico	0	129	47	176
	Camas	0	859	586	1445
	Salas	0	57	30	87
Total general		0	12780	4601	17381

Fuente: Base de Datos Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Corte 31-12-2018

Con relación a la distribución de estos servicios en las zonas geográficas de la ciudad, se tiene que el 55,74 % de ellos se hallan dispuestos en la zona norte, el 25.01 % en la zona centro oriente, el 10.80 % en la zona suroccidente y el 4.06 % en la zona sur. El 4,38 % de estos servicios inscritos en el REPS se encuentran en la categoría sin ubicación que hace no posible su territorialización.

2.9.1.6.5. Ambulancias

Conforme se encuentra consolidada la información en la tabla 69, a diciembre de 2018 el Distrito Capital contó con la oferta de 723 ambulancias, evidenciándose un aumento de 48 ambulancias frente el número del total ofertadas en el año 2017. Sin embargo, durante todo el periodo de medición (2010-2018) se identifica un incremento total de 34 % (De 478 en el 2010 a 723 en el 2018). De las 723 ambulancias disponibles la mayor representatividad la constituye las ambulancias de naturaleza privada (565 ambulancias que representan el 78.14 %). Las ambulancias de naturaleza pública de Hospitales del Distrito (147 ambulancias) constituyen el 20.33 % de la oferta y el restante 1.53 % se encuentra distribuido entre ambulancias de naturaleza pública de otras entidades y ESE del orden nacional.

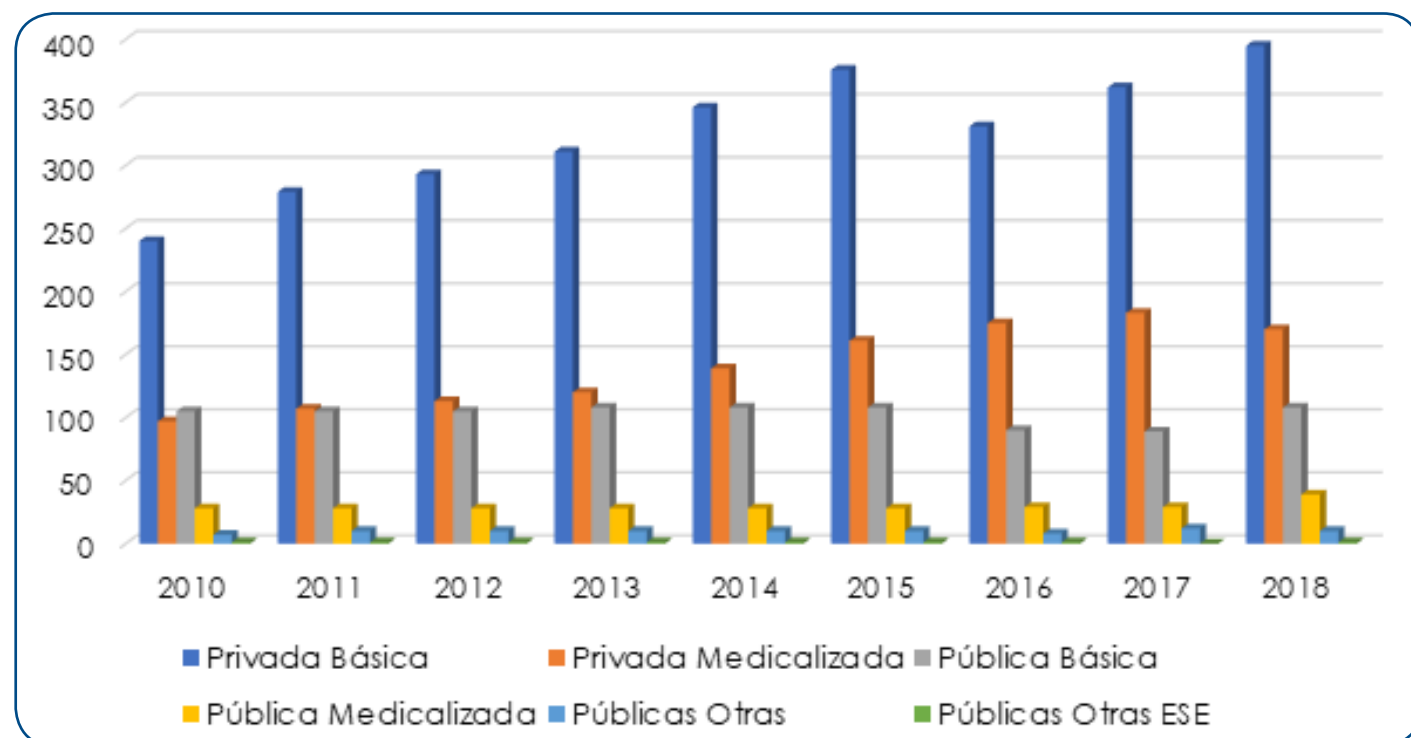
Tabla 77. Distribución de ambulancias por naturaleza jurídica, Bogotá D. C.

Tipo naturaleza	Tipo capacidad Instalada	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Privada	Básica	240	279	293	311	346	376	331	362	395
	Medicalizada	97	107	113	120	139	161	175	183	170
Total Privada		337	386	406	431	485	537	506	545	565
Pública (Hospitales Distritales)	Básica	105	105	105	108	108	108	90	89	108
	Medicalizada	28	28	28	28	28	28	29	29	39
Total Pública (Hospitales Distritales)		133	133	133	136	136	136	119	118	147
Públicas (Otras Entidades)	Básica	5	8	8	8	8	8	7	10	8
	Medicalizada	2	2	2	2	2	2	1	2	2
Total Públicas (Otras Entidades)		7	10	10	10	10	10	8	12	10
Pública (Otras ESE)	Básica	1	1	1	1	1	1	1	0	1
Total públicas (Otras ESE)		1	1	1	1	1	1	1	0	1
Total general		478	530	550	578	632	684	634	675	723

Fuente: REPS -Ministerio de Salud. Fecha de consulta: enero 2019.

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 aumento en el año 2018 (4.8 %). Con relación a ambulancias medicalizadas se presenta un aumento del 5.3 % en el número de ambulancias frente al año 2017.

Gráfico 62. Oferta de ambulancias Bogotá D. C., 2010-2018 según naturaleza jurídica



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - REPS. Corte 31 de Diciembre 2018

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 estable de las básicas hasta el 2018 (única novedad en los años 2016 y 2017 con disminución del 16 %).

Con relación a ambulancias medicalizadas se presenta un aumento del 25.6 % en el número de ambulancias frente al año 2017.

Respecto la oferta de ambulancias de naturaleza pública de otros entes del orden nacional para el año 2018 se presenta una tendencia estable en las ambulancias básicas y una disminución del 20 % en las ambulancias medicalizadas.

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, excepto en el año 2017 que no tenía ambulancias habilitadas; no cuenta con ambulancias medicalizadas.

2.9.1.6.6. Apoyo terapéutico

Conforme se encuentra consolidada la información en la tabla 70, a diciembre de 2018 el Distrito Capital contó con la oferta de 1481 sillas para apoyo terapéutico, de las cuales el 63 % son sillas de hemodiálisis (937) y el 37 % corresponden a sillas de quimioterapia (544); evidenciándose un aumento del 51 % 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 2018, en donde el número de sillas pasa de 1330 a 1418, número que constituye un incremento del 6,6 % en la transición de estos dos años. De las 1418 sillas de hemodiálisis y quimioterapia disponibles la mayor representatividad la constituyen las sillas de naturaleza privada (1318 sillas que representan el 89 %). Las sillas de naturaleza pública de Hospitales del Distrito (105 sillas) constituyen el 7 % de la capacidad instalada y el restante 4 % (58 sillas) corresponde a oferta de ESE de naturaleza pública del orden nacional.

Tabla 78. Distribución de la capacidad instalada para apoyo terapéutico en Bogotá D. C., según naturaleza jurídica

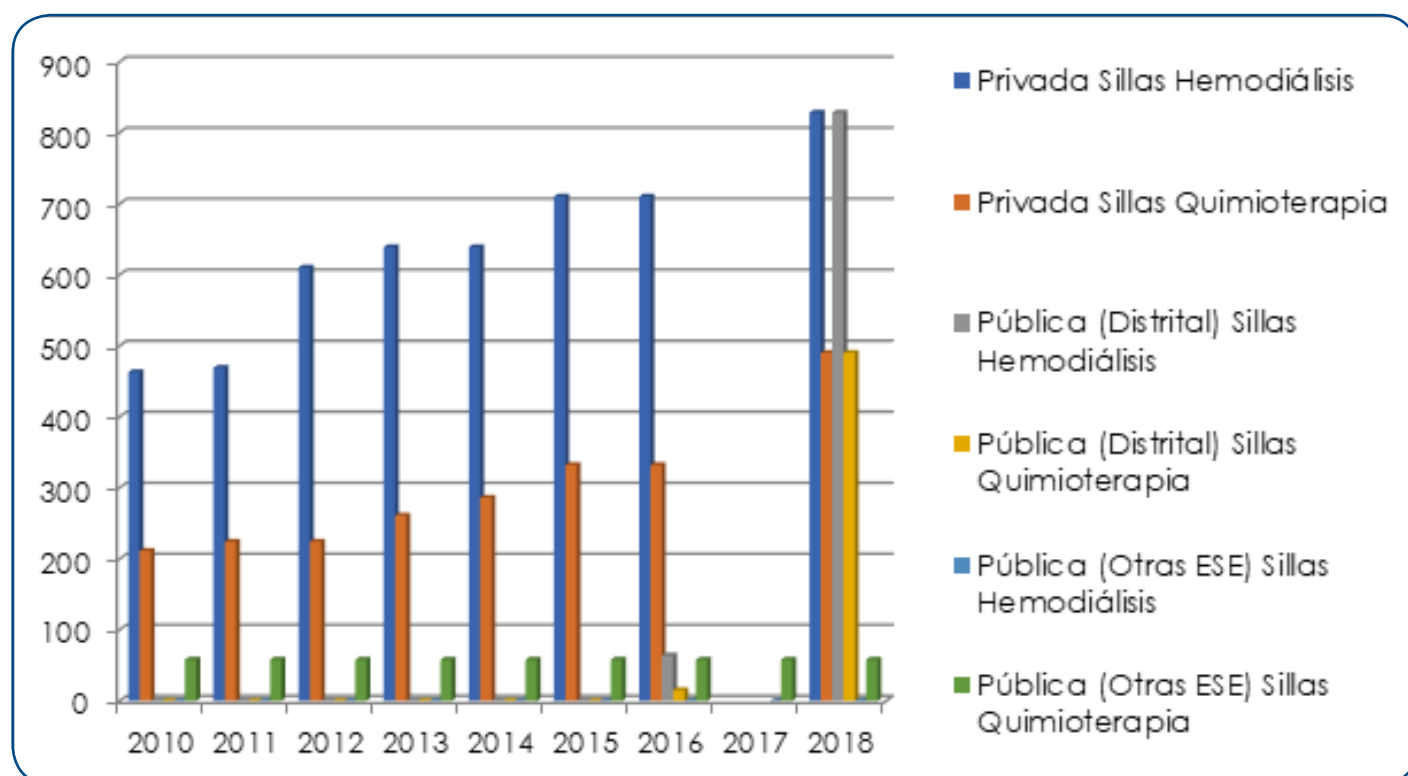
Tipo naturaleza	Tipo capacidad instalada	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Privada	Sillas de hemodiálisis	463	469	610	639	639	710	710	815	828
	Sillas de quimioterapia	211	224	224	261	286	332	332	378	490
Total privada		674	693	834	900	925	1042	1042	1193	1318
Pública (Hospitales Distritales)	Sillas de hemodiálisis	0	0	0	0	0	0	64	72	98
	Sillas de quimioterapia	0	0	0	0	0	0	15	7	7
Total pública (Hospitales Distritales)		0	0	0	0	0	0	79	79	105
Pública (Otras ESE)	Sillas de hemodiálisis	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	Sillas de quimioterapia	47	47	47	47	47	47	47	47	47
Total públicas (Otras ESE)		58	58	58	58	58	58	58	58	58
Total general		732	751	892	958	983	1100	1179	1330	1418

Fuente: Ministerio de Salud - REPS. Ministerio de Salud. Fecha de corte 31 de diciembre de 2018.

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 2018 con un incremento del 21 % frente al 2016.

En lo que refiere al registro actualizado al 2018 se presenta un incremento del 25 % frente a las sillas de hemodiálisis y quimioterapia existentes en el año 2016 en la red pública del Distrito Capital.

Gráfico 63. Distribución de la oferta de apoyo terapéutico Bogotá D. C., 2018 según naturaleza jurídica del prestador



Fuente: Ministerio de Salud - REPS. Ministerio de Salud. Fecha de corte 31 de diciembre de 2018.

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 2018, la misma capacidad instalada para apoyo terapéutico (58 sillas).

2.9.1.6.7. 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 79. Especialidades básicas habilitadas en Bogotá D. C., 2016

Servicio	Privada	Pública	Total general
301-ANESTESIA	282	18	300
304-CIRUGÍA GENERAL	373	24	397
320-GINECOBSTETRICIA	614	45	659
329-MEDICINA INTERNA	591	41	632
342-PEDIATRÍA	606	43	649
Total general	2.466	171	2.637

Fuente: Ministerio de Salud - REPS. Ministerio de Salud. Fecha de corte 31 de diciembre de 2018.

El 93,51 % de estos servicios son de carácter privado y solo un 6,48 % pertenecen al sector público. En este orden, a través de la red privada se ofertan el 94 % de servicios de anestesia, el 93,17 % de servicios de ginecoobstetricia, el 93,51 % de servicios de medicina interna, el 93,95 % de servicios de cirugía general y el 93,37 % de servicios de pediatría. Con relación a la ubicación territorial de los mismos, la tabla 80 ilustra la distribución entre las localidades de la ciudad:

Tabla 80. Especialidades básicas habilitadas por localidad de Bogotá D. C., 2018

Localidad	Privada	Pública	Total general
Antonio Nariño			
301-ANESTESIA		2	2
304-CIRUGÍA GENERAL	1	2	3
320-GINECOBSTETRICIA	6	2	8
329-MEDICINA INTERNA	2	1	3
342-PEDIATRÍA	4	2	6
Total Antonio Nariño	13	9	22
Barrios Unidos			
301-ANESTESIA	10		10
304-CIRUGÍA GENERAL	9		9
320-GINECOBSTETRICIA	27	1	28
329-MEDICINA INTERNA	23	1	24
342-PEDIATRÍA	22	1	23

Localidad	Privada	Pública	Total general
Total Barrios Unidos	91	3	94
Bosa			
301-ANESTESIA		1	1
304-CIRUGÍA GENERAL	1	1	2
320-GINECOBSTETRICIA	2	4	6
329-MEDICINA INTERNA	1	5	6
342-PEDIATRÍA	2	4	6
Total Bosa	6	15	21
Candelaria			
301-ANESTESIA	1		1
320-GINECOBSTETRICIA	1		1
329-MEDICINA INTERNA	1		1
342-PEDIATRÍA	2		2
Total Candelaria	5		5
Chapinero			
301-ANESTESIA	68		68
304-CIRUGÍA GENERAL	124		124
320-GINECOBSTETRICIA	201		201
329-MEDICINA INTERNA	184		184
342-PEDIATRÍA	153		153
Total Chapinero	730		730
Ciudad Bolívar			
301-ANESTESIA	1	2	3
304-CIRUGÍA GENERAL	2	3	5
320-GINECOBSTETRICIA	3	3	6
329-MEDICINA INTERNA	4	4	8
342-PEDIATRÍA	3	4	7
Total Ciudad Bolívar	13	16	29
Engativá			
301-ANESTESIA	4	1	5
304-CIRUGÍA GENERAL	6	3	9
320-GINECOBSTETRICIA	14	4	18
329-MEDICINA INTERNA	11	3	14

Localidad	Privada	Pública	Total general
342-PEDIATRÍA	15	3	18
Total Engativá	50	14	64
Fontibón			
301-ANESTESIA	3	1	4
304-CIRUGÍA GENERAL	4	1	5
320-GINECOBSTETRICIA	11	1	12
329-MEDICINA INTERNA	9	1	10
342-PEDIATRÍA	14	1	15
Total Fontibón	41	5	46
Kennedy			
301-ANESTESIA	5	1	6
304-CIRUGÍA GENERAL	5	1	6
320-GINECOBSTETRICIA	21	3	24
329-MEDICINA INTERNA	15	3	18
342-PEDIATRÍA	21	2	23
Total Kennedy	67	10	77
Los Mártires			
301-ANESTESIA	4		4
304-CIRUGÍA GENERAL	4		4
320-GINECOBSTETRICIA	3	1	4
329-MEDICINA INTERNA	3	1	4
342-PEDIATRÍA	2	1	3
Total Los Mártires	16	3	19
Puente Aranda			
301-ANESTESIA	3		3
304-CIRUGÍA GENERAL	4		4
320-GINECOBSTETRICIA	10	1	11
329-MEDICINA INTERNA	12	1	13
342-PEDIATRÍA	10	1	11
Total Puente Aranda	39	3	42
Rafael Uribe Uribe			
301-ANESTESIA	2		2
304-CIRUGÍA GENERAL	4		4
320-GINECOBSTETRICIA	13	3	16
329-MEDICINA INTERNA	10	3	13

Localidad	Privada	Pública	Total general
342-PEDIATRÍA	11	3	14
Total Rafael Uribe Uribe	40	9	49
San Cristóbal			
301-ANESTESIA	1	5	6
304-CIRUGÍA GENERAL	1	3	4
320-GINECOBSTETRICIA	1	6	7
329-MEDICINA INTERNA	1	5	6
342-PEDIATRÍA	1	6	7
Total San Cristóbal	5	25	30
Santa Fe			
301-ANESTESIA	2	1	3
304-CIRUGÍA GENERAL	1	1	2
320-GINECOBSTETRICIA	2	1	3
329-MEDICINA INTERNA	5	1	6
342-PEDIATRÍA	2	2	4
Total Santa Fe	12	6	18
Suba			
301-ANESTESIA	9	1	10
304-CIRUGÍA GENERAL	18	2	20
320-GINECOBSTETRICIA	33	2	35
329-MEDICINA INTERNA	37	3	40
342-PEDIATRÍA	41	2	43
Total Suba	138	10	148
Teusaquillo			
301-ANESTESIA	52		52
304-CIRUGÍA GENERAL	38		38
320-GINECOBSTETRICIA	53	3	56
329-MEDICINA INTERNA	48	1	49
342-PEDIATRÍA	41	1	42
Total Teusaquillo	232	5	237
Tunjuelito			
301-ANESTESIA		1	1
304-CIRUGÍA GENERAL		2	2
320-GINECOBSTETRICIA	5	2	7
329-MEDICINA INTERNA	1	2	3
342-PEDIATRÍA	4	2	6
Total Tunjuelito	10	9	19

Localidad	Privada	Pública	Total general
Usaquén			
301-ANESTESIA	95	1	96
304-CIRUGÍA GENERAL	103	1	104
320-GINECOBSTERICIA	153	3	156
329-MEDICINA INTERNA	169	2	171
342-PEDIATRÍA	206	2	208
Total Usaquén	726	9	735
Usme			
301-ANESTESIA	1		1
304-CIRUGÍA GENERAL	1	2	3
320-GINECOBSTERICIA		2	2
329-MEDICINA INTERNA	2	1	3
342-PEDIATRÍA	1	2	3
Total Usme	5	7	12
Sin Información			
301-ANESTESIA	21	1	22
304-CIRUGÍA GENERAL	47	2	49
320-GINECOBSTERICIA	55	3	58
329-MEDICINA INTERNA	53	3	56
342-PEDIATRÍA	51	4	55
Total Sin Información	227	13	240
Total general	2.466	171	2.637

Fuente: Ministerio de Salud - REPS. Ministerio de Salud. Fecha de corte 31 de diciembre de 2018.

Lo anterior permite inferir que el 69,8 % de la oferta de especialidades básicas se encuentra distribuida entre las localidades de Usaquén (27,53 %), Chapinero, (27,68 %), Teusaquillo (8,98 %) y Suba (5,61 %). Las localidades donde existe la menor oferta de estos servicios básicos especializados son Usme (0.46 %) y Candelaria (0.19 %).

2.9.1.6.8. 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 2018, se encuentran habilitados un total de cuarenta y cinco mil doscientos treinta y cinco (46.606) servicios de salud. La tabla 81, ilustra la distribución en el territorio de la oferta de servicios de salud, para el año 2018:

Tabla 81. Distribución de servicios de salud de Bogotá D. C., según naturaleza jurídica del prestador, a diciembre de 2018

ZONA	SERVICIO	Mixta		Privada		Pública		Total
		Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	
Centro Oriente	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0	0	638	1	172	5	810
	Consulta Externa	0	0	2.081	5	300	9	2.381
	Internación	0	0	71	0	42	1	113
	Otros Servicios	0	0	15	0	4	0	19
	Procesos	0	0	514	1	29	1	543
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0	189	0	173	5	362
	Quirúrgicos	0	0	130	0	76	2	206
	Transporte Asistencial	0	0	8	0	3	0	11
	Urgencias	0	0	7	0	12	0	19
Total Centro Oriente		0	0	3.653	8	811	24	4.464
Norte	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	5	29	4.836	11	176	5	5.017
	Consulta Externa	9	53	17.732	41	346	10	18.087
	Internación	0	0	262	1	40	1	302
	Otros Servicios	1	6	133	0	6	0	140
	Procesos	1	6	3.495	8	32	1	3.528
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0	1.028	2	221	7	1.249
	Quirúrgicos	0	0	817	2	55	2	872
	Transporte Asistencial	0	0	60	0	7	0	67
	Urgencias	0	0	31	0	6	0	37
Total Norte		16	94	28.394	66	889	26	29.299

ZONA	SERVICIO	Mixta		Privada		Pública		Total
		Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	
Sin Información	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0	0	678	2	69	2	747
	Consulta Externa	0	0	2.752	6	104	3	2.856
	Internación	0	0	9	0	14	0	23
	Otros Servicios	0	0	14	0	-	0	14
	Procesos	0	0	721	2	10	0	731
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0	235	1	86	3	321
	Quirúrgicos	0	0	40	0	23	1	63
	Transporte Asistencial	0	0	7	0	7	0	14
	Urgencias	0	0	1	0	6	0	7
Total Sin Información		0	0	4.457	10	319	9	4.776
Sur	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0	0	162	0	116	3	278
	Consulta Externa	0	0	636	1	160	5	796
	Internación	0	0	-	0	27	1	27
	Otros Servicios	0	0	-	0	3	0	3
	Procesos	0	0	264	1	22	1	286
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0	123	0	196	6	319
	Quirúrgicos	0	0	12	0	28	1	40
	Transporte Asistencial	0	0	5	0	6	0	11
	Urgencias	0	0	-	0	6	0	6
Total Sur		0	0	1.202	3	564	17	1.766

ZONA	SERVICIO	Mixta		Privada		Pública		Total
		Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	
Suroccidente	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0	0	946	2	139	4	1.085
	Consulta Externa	1	6	3.050	7	225	7	3.276
	Internación	0	0	32	0	23	1	55
	Otros Servicios	0	0	32	0	3	0	35
	Procesos	0	0	926	2	35	1	961
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0	389	1	326	10	715
	Quirúrgicos	0	0	83	0	33	1	116
	Transporte Asistencial	0	0	35	0	7	0	42
	Urgencias	0	0	9	0	7	0	16
Total Suroccidente		1	6	5.502	13	798	24	6.301
Total general		17	100	43.208	100	3.381	100	46.606

Fuente: Ministerio de Salud - REPS. Ministerio de Salud. Fecha de corte 31 de diciembre de 2018.

De la anterior tabla se desprende que:

-El 62,86 % de los servicios de salud habilitados se encuentran ubicados en la Zona Norte (29.299 servicios), el 13,52 % en la Zona Sur Occidente (6.301 servicios), el 9,58 % en la Zona Centro Oriente (4.464 servicios) y solo un 3,79 % de los servicios se prestan en la Zona Sur (1.766 servicios).

-La distribución en el territorio descrita en las cuatro zonas consolida el 89,75 % de la oferta de servicios de salud, toda vez que el restante 10,25 % lo constituyen el número de servicios habilitados en IPS sin ubicación (4.776 servicios) condición que no hace posible su Georreferenciación.

-El 92,71 % de los servicios de salud habilitados son ofertados a través de la red de IPS de naturaleza privada, y el 7,25 % 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 91,47 % con la red privada, del 8,47 % 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 95,82 % con la red privada, del 4,14 % con red pública y del 0,04 % con la red mixta.

-Los servicios de internación mostraron una participación de la oferta del 71,92 % con la red privada y del 28,08 % con red pública.

- De otra parte, para los servicios de protección específica y detección temprana la participación de la oferta mostró el 66,22 % de estos servicios a través del sector privado y el 33,78 % a través del sector público.

- La participación de la oferta en los servicios quirúrgicos correspondieron en un 83,42 % con el sector privado y en un 16,58 % con el sector público.

-Los servicios de transporte asistencial fueron ofertados en un 79,31 % a través de prestadores privados y en un 20,69 % a través de prestadores públicos.

2.9.1.6.9. Georreferenciación de las sedes de prestadores de servicios de salud

En la tabla 82, se ilustra la distribución geográfica de la totalidad de sedes de prestadores de servicios de salud de Bogotá (16.039 sedes):

Tabla 82. Distribución de las sedes de los prestadores de servicios de salud de Bogotá D. C., por localidad. A diciembre de 2016

Localidad	Instituciones - IPS	Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	Profesional Independiente	Transporte Especial de Pacientes	Total general	Porcentaje
Chapinero	470	46	3.078	-	3.594	22,7
Usaquén	469	35	3.050	-	3.554	22,4
Sin Información	308	56	1.316	2	1.682	10,6
Teusaquillo	250	45	891	1	1.187	7,5

Localidad	Instituciones - IPS	Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	Profesional Independiente	Transporte Especial de Pacientes	Total general	Porcentaje
Suba	272	29	828	3	1.132	7,1
Kennedy	173	23	594	5	795	5,0
Engativá	157	23	539	5	724	4,6
Barrios Unidos	180	30	265	2	477	3,0
Fontibón	107	18	254	3	382	2,4
Rafael Uribe Uribe	53	11	271	4	339	2,1
Puente Aranda	90	7	235	2	334	2,1
Santa Fe	68	26	211	-	305	1,9
Bosa	44	8	246	1	299	1,9
Antonio Nariño	54	12	137	-	203	1,3
Ciudad Bolívar	35	4	162	-	201	1,3
San Cristóbal	35	14	152	-	201	1,3
Tunjuelito	36	9	116	-	161	1,0
Los Mártires	30	17	70	-	117	0,7
Usme	26	3	80	-	109	0,7
La Candelaria	10	17	16	-	43	0,3
Total general	2.867	433	12.511	28	15.839	100

Fuente: Ministerio de Salud - REPS. Ministerio de Salud. Fecha de corte 31 de diciembre de 2018.

Para efectos de la georreferenciación, es importante considerar que un porcentaje representativo de los prestadores inscritos en la ciudad (10,62 %), 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:

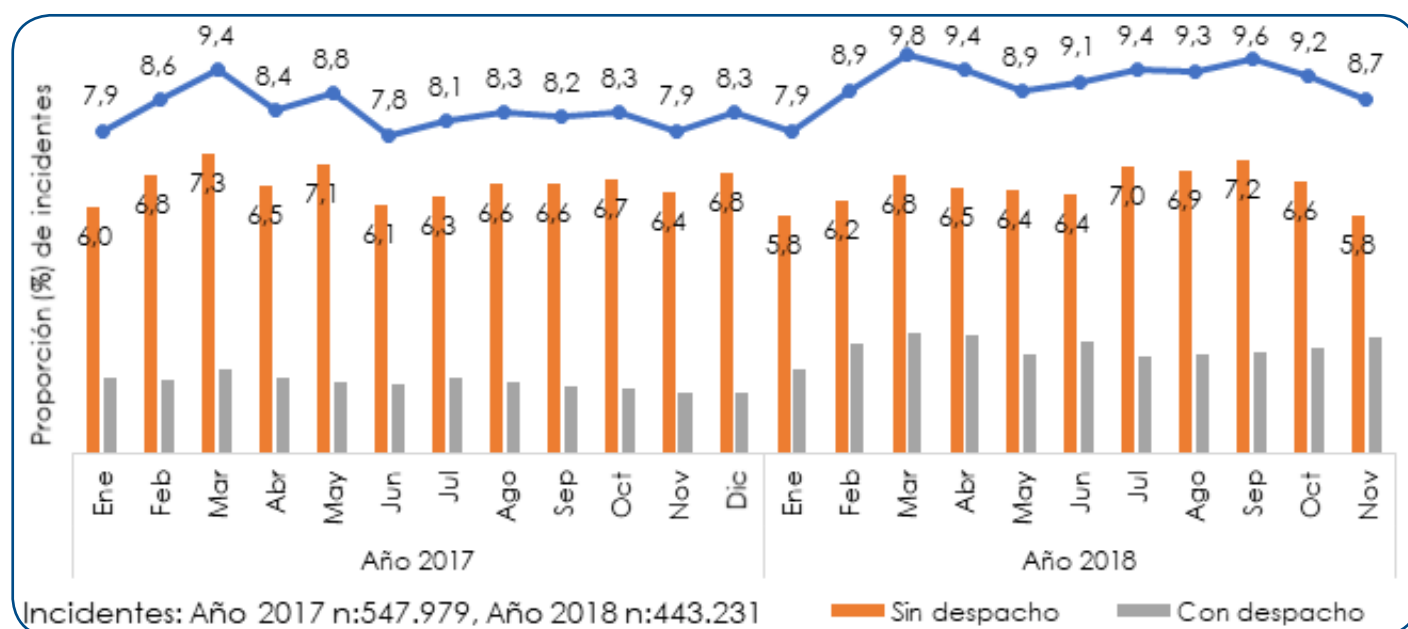
- El 67,35 % de los prestadores de servicios de salud de Bogotá se encuentran concentrados en la Zona Norte, con una participación importante en las localidades de Chapinero (22,69 %) y Usaquén (22,44 %). En las restantes localidades de Teusaquillo, Suba, Engativá y Barrios Unidos pertenecientes a esta Zona, los prestadores de servicios sitúan sus sedes en un 7,49 %, 7,15 %, 4,57 % y 3,01 % respectivamente.

- La Zona Sur Occidente consolida el 11,43 % de sedes de prestadores de servicios de salud de la ciudad; siendo más representativas en esta Zona las localidades de Kennedy con el 5,02 %, Fontibón con el 2,41 % y Puente Aranda con el 2,11 %.
- La Zona Centro Oriente consolida el 7,63 % de sedes de prestadores de servicios de salud de la ciudad, siendo más representativa en esta Zona la localidad de Rafael Uribe con el 2,14 % de sedes.
- Por último, la Zona Sur consolida el 2,97 % de sedes de prestadores, siendo más representativa en esta Zona la localidad de Ciudad Bolívar con el 1,27 % de sedes.

2.9.1.6.10. Programa APH y Centro Regulator de Urgencias y Emergencias - CRUE del D. C.

Durante el año 2017 y de enero a noviembre del año 2018, se recibieron en el Centro Regulator de Urgencias y Emergencias CRUE 548.038 y 443.231 llamadas, respectivamente. El mes en el cual se presentó la mayor proporción de incidentes fue marzo para los dos años (Gráfico 64).

Gráfico 64. Proporción de incidentes que ingresan mensualmente al Centro Regulator de Urgencias y Emergencias, por tipo de atención, Bogotá D. C., de enero 2017 a noviembre 2018



Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 72, periodo enero del 2017 - noviembre 2018.

Las llamadas de prioridad alta alcanzaron una proporción general cercana al 65,2 % y del 61,4 % y durante el periodo analizado (tabla 83).

Tabla 83. Incidentes de prioridad alta que ingresan mensualmente al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, por tipo de atención, Bogotá D. C., de enero 2017 a noviembre 2018

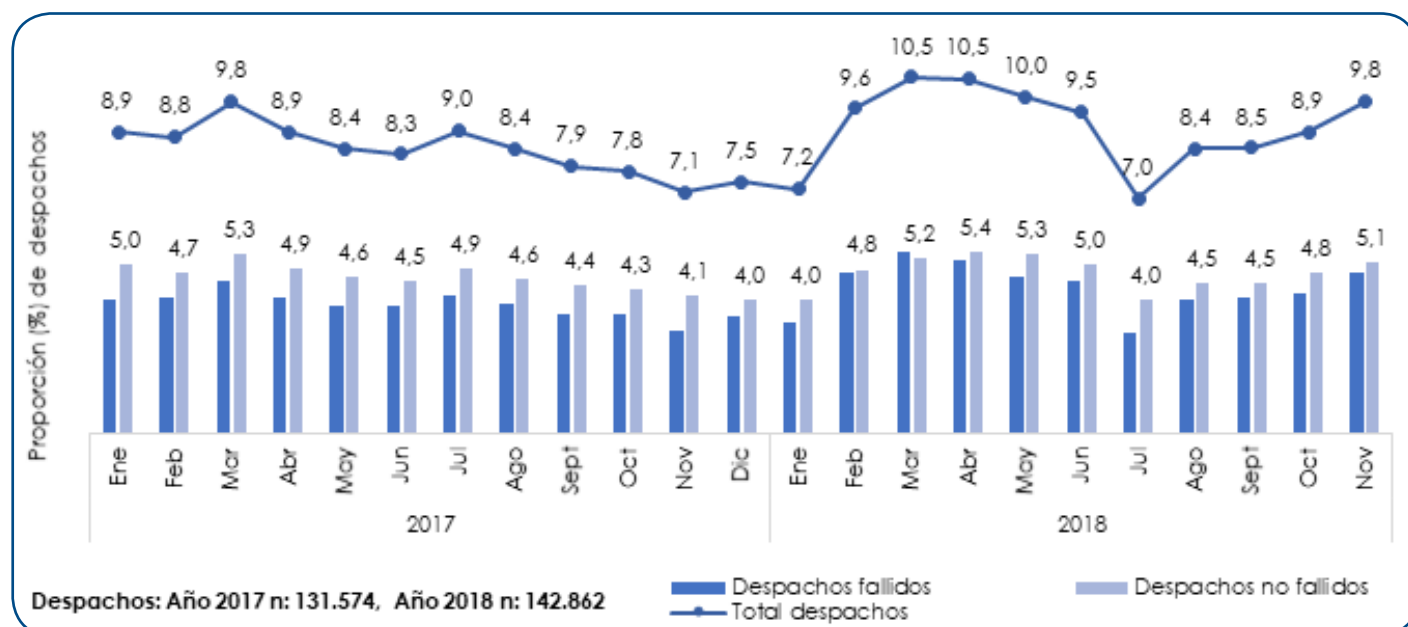
	Año 2017												Año
	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	
Incidentes	43.117	47.296	51.366	45.873	48.209	42.567	44.412	45.639	45.099	45.572	43.259	45.570	547.979
Sin despacho	33.068	37.295	40.220	35.830	38.675	33.153	34.351	36.086	36.051	36.814	35.104	37.442	434.089
Con despacho	10.049	10.001	11.146	10.043	9.534	9.414	10.061	9.553	9.048	8.758	8.155	8.128	113.890
Incidentes prioridad alta	27.057	30.744	34.566	28.669	32.177	28.549	30.133	29.236	29.461	29.426	27.992	29.399	357.409
Sin despacho alta	18.815	22.458	25.326	20.550	24.351	20.856	21.922	21.558	22.281	22.410	21.487	22.816	264.830
Con despacho alta	8.242	8.286	9.240	8.119	7.826	7.693	8.211	7.678	7.180	7.016	6.505	6.583	92.579
	Año 2018												Año
	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	
Incidentes	34.951	39.274	43.236	41.604	39.248	40.222	41.494	41.359	42.666	40.809	38.368	-----	443.231
Sin despacho	25.840	27.274	30.135	28.713	28.464	28.166	31.093	30.504	31.783	29.408	25.789	-----	317.169
Con despacho	9.111	12.000	13.101	12.891	10.784	12.056	10.401	10.855	10.883	11.401	12.579	-----	126.062
Incidentes prioridad alta	22.151	26.109	27.781	22.548	20.223	26.391	26.145	26.353	26.663	25.551	22.392	-----	272.307
Sin despacho alta	14.929	16.340	17.658	13.999	13.096	16.546	17.719	17.624	18.025	16.337	13.185	-----	175.458
Con despacho alta	7.222	9.769	10.123	8.549	7.127	9.845	8.426	8.729	8.638	9.214	9.207	-----	96.849

Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 72, periodo enero del 2017 - noviembre 2018.

Los 547.979 incidentes recibidos por el CRUE durante el año 2017 generaron 131.574 envíos de vehículos de emergencia los cuales correspondieron a 45,3 % (59.526) de despachos fallidos y a 54,7 % (72.048) despachos no fallidos. Así mismo los 443.231 incidentes que ingresaron al Centro Operativo de enero a noviembre del año 2018, generaron 142.862 despachos de vehículos de emergencia los cuales correspondieron a 47,5 % (67.962) de despachos fallidos y a 52,5 % (74.900) despachos no fallidos (Gráfico 65).

Los meses del año en los cuales se presentó el mayor número de despachos de vehículos de emergencia fueron los correspondientes al segundo trimestre del 2018 y julio del 2018 fue el mes que presentó menor número de despachos (Gráfico 64).

Gráfico 65. Proporción mensual de despachos de vehículos de emergencia por tipo de despacho, Bogotá D. C., enero 2017 a noviembre 2018



Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 72, periodo enero del 2017 - noviembre 2018.

Durante el año 2017 los despachos no fallidos, es decir en los despachos en los cuales se realizó valoración del paciente y en algunas ocasiones traslado de los mismos, generaron 72.048 atenciones a pacientes de las cuales el 73,9 % (53.294) terminaron en el traslado de la víctima a alguna institución de salud y el 26,1 % (18.754) se trató de valoraciones sin traslado por diversos motivos tales como el desistimiento por parte del paciente, concepto de no mérito del traslado por parte del profesional APH, traslado por otro vehículo de emergencia y fallecimiento del paciente al momento del incidente. Durante el periodo de enero a noviembre del año 2018 los despachos no fallidos generaron 74.900 atenciones a pacientes de las cuales el 77,7 % (58.212) terminaron en el traslado de la víctima a alguna institución de salud y el 22,3 % (16.688) se trató de valoraciones sin traslado.

Los meses del año en los cuales se presentó el mayor número de traslados de pacientes fueron abril, mayo y marzo del 2018 y diciembre del 2017 fue el mes que presentó menor número de traslados (tabla 84)

Tabla 84. Despachos de vehículos de emergencia por tipo de despacho y tipo de atención, Bogotá D. C., enero 2017 a noviembre 2018

	Total despachos		Despachos fallidos		Despachos no fallidos		No fallidos			
							Traslados		Valoraciones	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Total	131.574	142.862	59.526	67.962	72.048	74.900	53.294	58.212	18.754	16.688
Ene.	11.661	10.344	5.150	4.649	6.511	5.695	4.724	4.326	1.787	1.369
Feb.	11.457	13.742	5.261	6.814	6.196	6.928	4.486	5.242	1.710	1.686
Mar.	12.822	15.061	5.905	7.664	6.917	7.397	5.021	5.764	1.896	1.633
Abr.	11.656	15.008	5.249	7.330	6.407	7.678	4.655	6.095	1.752	1.583
May.	11.010	14.263	4.964	6.641	6.046	7.622	4.468	5.963	1.578	1.659
Jun.	10.790	13.590	4.934	6.481	5.856	7.109	4.472	5.575	1.384	1.534
Jul.	11.699	9.959	5.300	4.279	6.399	5.680	4.706	4.482	1.693	1.198
Ago.	10.996	12.062	5.045	5.694	5.951	6.368	4.416	4.933	1.535	1.435
Sep.	10.315	12.075	4.613	5.712	5.702	6.363	4.345	4.919	1.357	1.444
Oct.	10.126	12.734	4.571	5.941	5.555	6.793	4.219	5.338	1.336	1.455
Nov.	9.312	14.024	3.981	6.757	5.331	7.267	4.027	5.575	1.304	1.692
Dic.	9.730	-----	4.553	-----	5.177	-----	3.755	-----	1.422	-----

Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 72, periodo enero del 2017 - noviembre 2018.

La subred Centro Oriente presentó el mayor número de atenciones durante el año 2017 seguida de la sub red Sur Occidente, mientras que en el transcurso de enero a noviembre del 2018 la subred norte ha presentado la mayor cantidad de atenciones. En los traslados se evidencia un aumento del 3,8 % en lo transcurrido del 2018, respecto al año anterior (tabla 85).

Tabla 85. Despachos fallidos por tipo de atención prestada, según subred de ocurrencia del incidente, Bogotá, enero 2017- noviembre 2018

Sub red	Año	Despachos no fallidos		Traslado		Valoración	
		n	%	n	%	n	%
Centro Oriente	2017	27.025	37,5	21.173	78,3	5.852	21,7
	2018*	16.393	21,9	12.685	77,4	3.708	22,6
Norte	2017	10.772	15,0	8.169	75,8	2.603	24,2
	2018*	24.466	32,7	18.765	76,7	5.701	23,3
Sur	2017	16.530	22,9	10.094	61,1	6.436	38,9
	2018*	11.562	15,4	9.270	80,2	2.292	19,8
Sur Occidente	2017	17.721	24,6	13.858	78,2	3.863	21,8
	2018*	22.479	30,0	17.492	77,8	4.987	22,2
Bogotá	2017	72.048	100,0	53.294	73,9	18.754	26,1
	2018*	74.900	100,0	58.212	77,7	16.688	22,3

Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 72, periodo enero del 2017 - noviembre 2018. Los datos del año 2018 corresponden a datos de enero a noviembre.

Durante los años 2017 y 2018 los equipos de atención pre hospitalaria atendieron más hombres que mujeres presentando una diferencia anual de 1,6 % y 3.4 % respectivamente (tabla 86).

Tabla 86. Población atendida por los equipos de atención pre hospitalaria según género, Bogotá D. C., enero 2017 a noviembre 2018

Género	Año 2017						Año 2018					
	Traslado		Valoración		Total		Traslado		Valoración		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	26.496	36,8	8.925	12,4	35.421	49,2	28.599	38,2	7.671	10,2	36.270	48,4
Masculino	26.798	37,2	9.829	13,6	36.627	50,8	29.613	39,5	9.017	12,0	38.630	51,6
Total	53.294	74,0	18.754	26,0	72.048	100	58.212	77,7	16.688	22,3	74.900	100

Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 72, periodo enero del 2017 - noviembre 2018. Los datos del año 2018 corresponden a datos de enero a noviembre.

Durante los años 2017 y 2018 la población atendida por los equipos de atención pre hospitalaria presentó en mayor frecuencia afiliación a régimen contributivo, seguido del subsidiado y el SOAT (tabla 87).

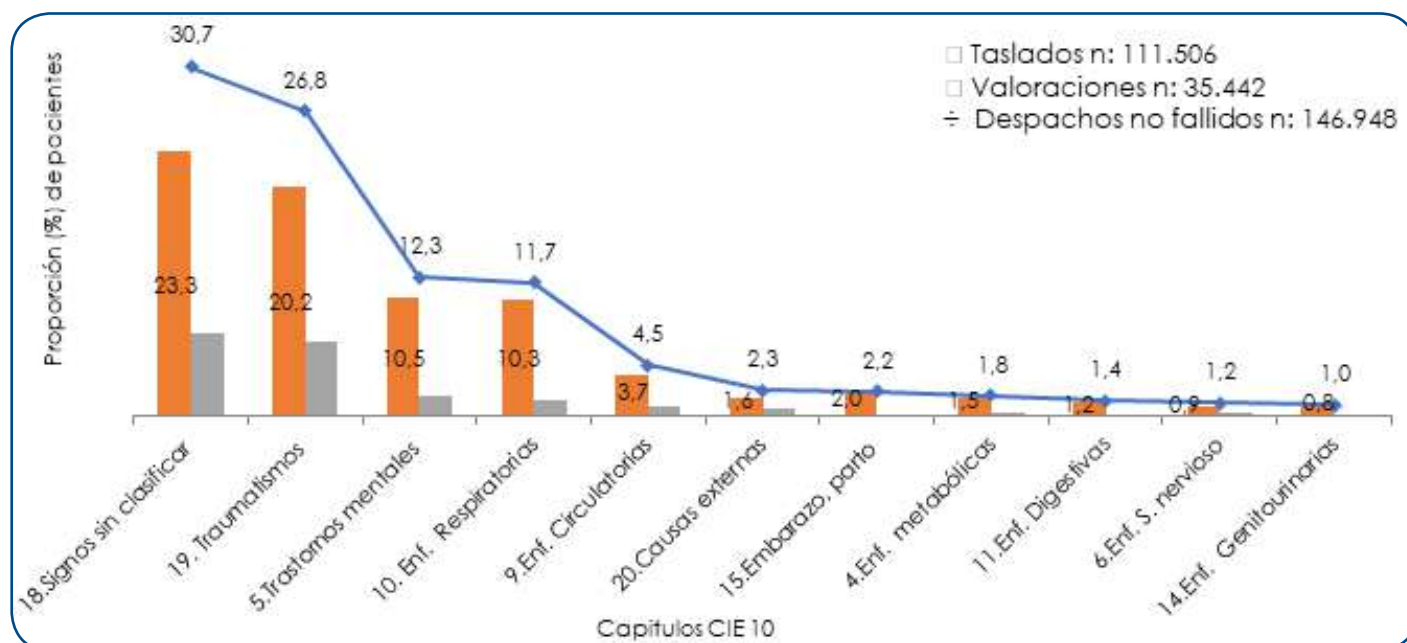
Tabla 87. Población atendida por los equipos de atención pre hospitalaria según responsable del pago, Bogotá D. C., enero 2017 a noviembre 2018

Responsable del pago	Año 2017						Año 2018					
	Traslado		Valoración		Total		Traslado		Valoración		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contributivo	26.736	37,1	8.348	11,6	35.084	48,7	28.655	38,3	7.507	10,0	36.162	48,3
Subsidiado	13.187	18,3	3.676	5,1	16.863	23,4	14.700	19,6	2.909	3,9	17.609	23,5
SOAT	6.146	8,5	3.785	5,3	9.931	13,8	6.322	8,4	3.553	4,7	9.875	13,2
No afiliado Bta.	4.913	6,8	2.252	3,1	7.165	9,9	5.441	7,3	1.899	2,5	7.340	9,8
R. Especial	1.883	2,6	540	0,7	2.423	3,4	2.137	2,9	531	0,7	2.668	3,6
Responsable del pago	Año 2017						Año 2018					
	Traslado		Valoración		Total		Traslado		Valoración		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Particular	25	0,0	7	0,0	32	0,0	24	0,0	6	0,0	30	0,0
Otro ente territorial	7	0,0	4	0,0	11	0,0	9	0,0	3	0,0	12	0,0
Seg. Estudiantil	2	0,0	1	0,0	3	0,0	5	0,0		0,0	5	0,0
Total	53.294	74,0	18.754	26,0	72.048	100,0	58.212	77,7	16.688	22,3	74.900	100,0

Fuente: Sistema de información PROCAD, Plantilla 72, periodo enero del 2017 - noviembre 2018. Los datos del año 2018 corresponden a datos de enero a noviembre.

Finalmente, los principales diagnósticos que presenta la población atendida por los equipos de atención pre hospitalaria se agrupan principalmente en el capítulo de signos y síntomas de calificar seguido de los traumatismos y los trastornos mentales (Gráfico 66).

Gráfico 66. Población atendida por los equipos de atención pre hospitalaria según responsable del pago, Bogotá D. C., enero 2017 a noviembre 2018



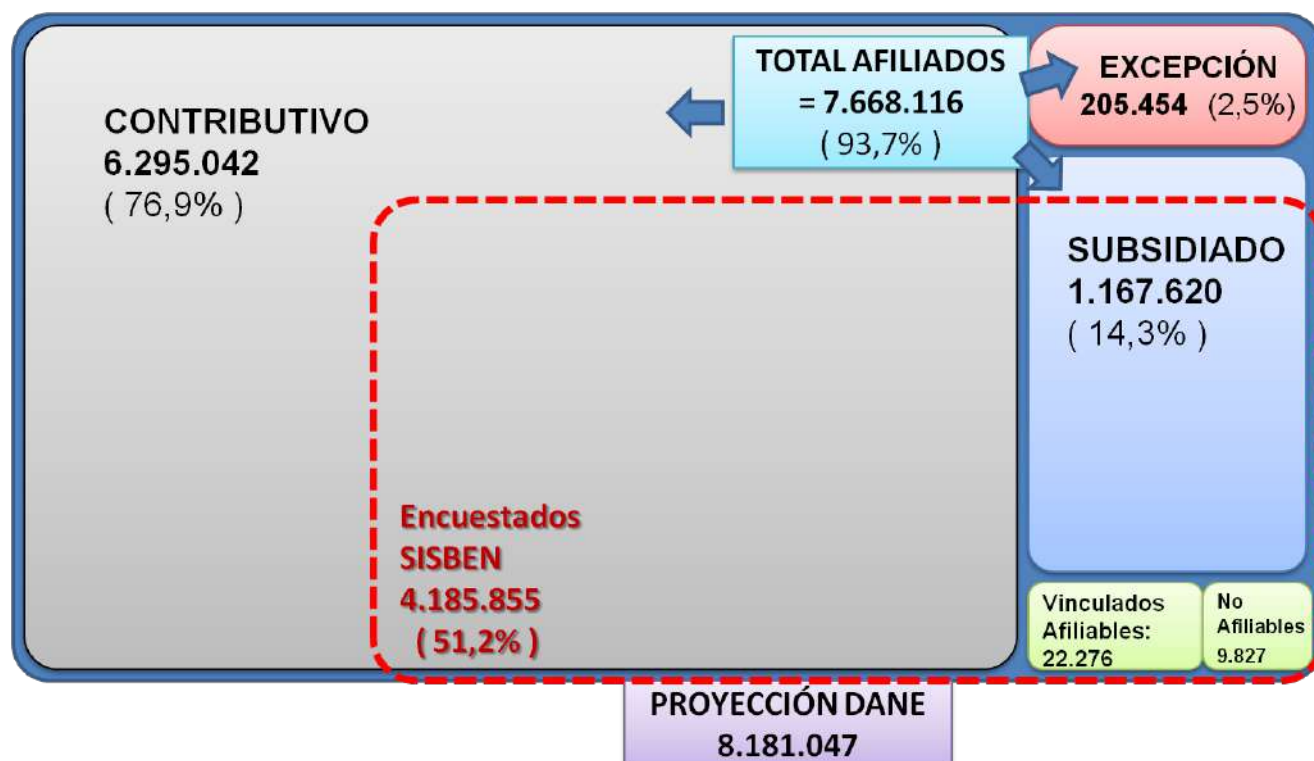
Fuente: Base de datos módulo de despachos, SIDCRUE, Subdirección Centro regulador de Urgencia y Emergencias, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, enero 2017 a noviembre 2018. *Los capítulos presentados engloban el 96 % de la totalidad de los diagnósticos.

Composición de la población por régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud¹

La distribución de la población de Bogotá D. C. por condición de aseguramiento a noviembre del 2018 fue la siguiente: al Régimen Contributivo el 76.9 %, Régimen Subsidiado 14.3 %, Régimen de Excepción el 2,5 % y un 0,4 % no se encontró afiliada al sistema, tal como se observa en el gráfico siguiente:

¹ 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 67. Distribución de la población por condición de aseguramiento con corte a noviembre 2018

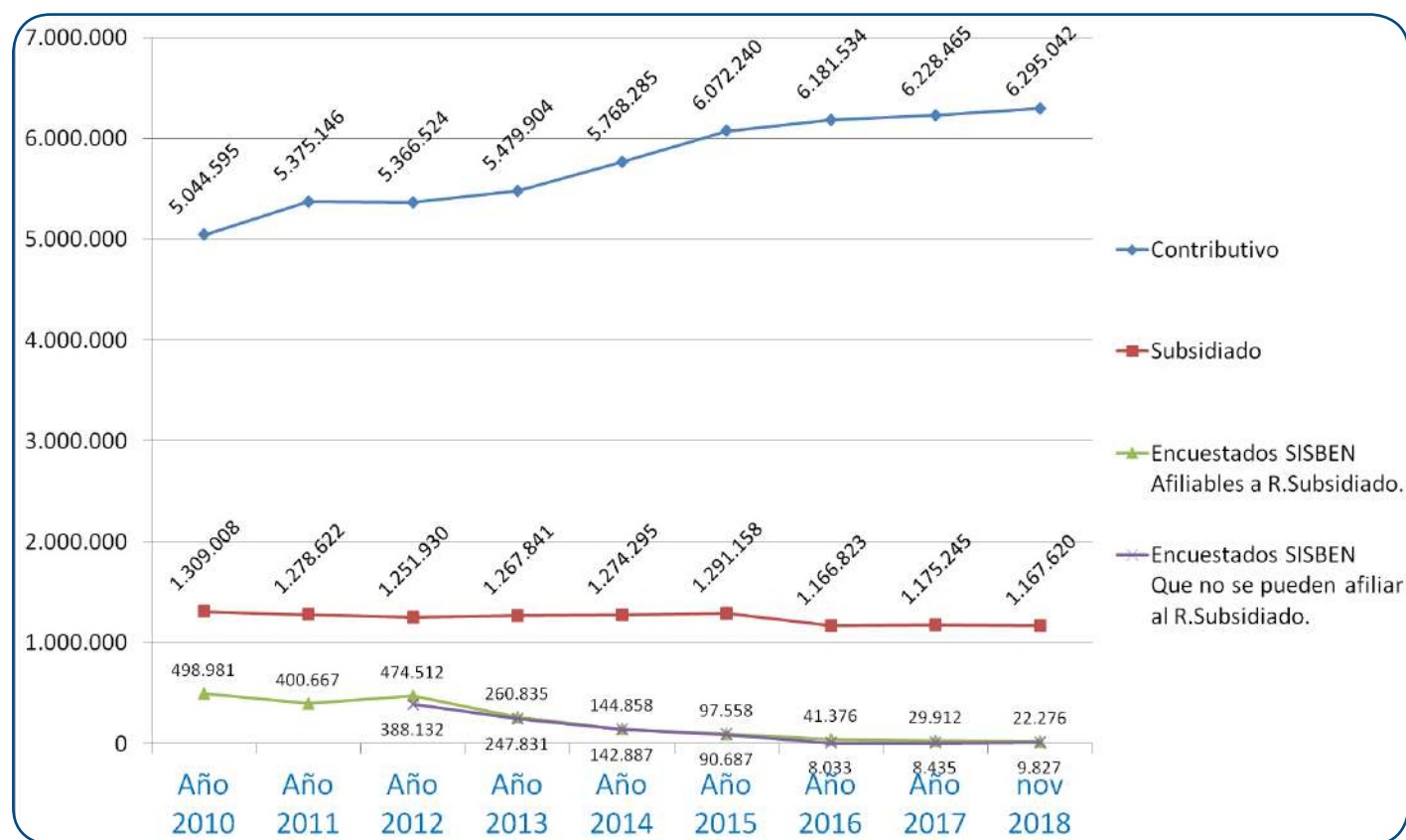


FUENTES: Contributivo BDUA - ADRES, corte a 30 de noviembre de 2018. Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 30 de noviembre de 2018. Base de datos SISBÉN certificada DNP, octubre de 2018 (vigente a 30 de noviembre de 2018). Base Individualizada de la PPNA - MinSalud, corte Octubre de 2018. DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2017. Proyección población DANE a 2018.

La distribución general de la afiliación de la población de Bogotá D. C. por régimen de afiliación entre los años 2014 y 2018 evidenció que el incremento a expensas del régimen contributivo con 526.757 personas que equivalen a un 7.2 % del total de la población, mientras que el régimen subsidiado disminuyó en 106.675 personas que equivalen a un 1.5 % de la población. De otra parte, se aprecia que se disminuyó sustancialmente la población no afiliada sisbenizada, sin embargo, ésta situación se debe a los procesos de depuración de bases de datos que se han surtido durante éstos años.

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 3 años y la población pobre no asegurada viene en disminución desde el año 2013.

Gráfico 68. Análisis de variación de la población según régimen de afiliación al SGSSS

Fuente: Dirección de Aseguramiento de la SDS, nov 2018.

Análisis de la cobertura universal

Para 2018, la población de Bogotá por proyección DANE se calculó en 8.181.047 personas, de las cuales a noviembre de 2018 se encontraban aseguradas 7.668.116 personas, equivalente al 93,7 %. Es de anotar que un estimado de 448.619 personas (5,5 % del total de población proyectado) no aparecen en ninguna base de datos, ni de aseguramiento, ni del SISBEN ni de atenciones en salud, de tal forma que una parte de ese porcentaje podría corresponder a un error en las proyecciones, por lo tanto, con el nuevo censo es posible que la cobertura universal del aseguramiento en Bogotá supere el 98 %.

Tabla 88. Afiliados por régimen noviembre 2015

Afiliados por régimen	Cantidad	% del total	% de afiliados
Activos en régimen contributivo	6.091.742	74,5	79,4
Suspendidos en régimen contributivo	203.300	2,5	2,7
Afiliados contributivo	6.295.042	76,9	82,1
Activos en régimen subsidiado	1.167.620	14,3	15,2
Regímenes de excepción (estimado)	205.454	2,5	2,7
Subtotal afiliados	7.668.116	93,7	100,0

Fuentes: Contributivo BDUA - ADRES, corte a 30 de noviembre de 2018. Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 30 de noviembre de 2018. DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2017. Proyección población DANE a 2018.

Población Afiliada de EPS que operan en Bogotá, D. C. a noviembre de 2018

Para el Régimen Subsidiado, aunque se observa una leve disminución de los afiliados a noviembre de 2018, posiblemente por traslados hacia el régimen contributivo, Capital Salud continúa liderando el sector con el 78 % de los afiliados. Respecto a la movilidad del régimen contributivo al subsidiado, corresponde al 16 % de los afiliados, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 89. EPS y Población del Régimen Subsidiado a noviembre 2018

EPS-S	Cantidad	%
CAPITAL SALUD	887.069	75,97
COMFACUNDI UNICAJAS	91.023	7,80
NUEVA EPS	783	0,07
SUBTOTAL	978.875	83,77
FAMISANAR (M)	65.321	5,59
MEDIMAS (M)	30.482	2,61
SALUD TOTAL (M)	24.083	2,06
COMPENSAR (M)	21.097	1,81 %

EPS-S	Cantidad	%
NUEVA EPS (M)	15.114	1,29
CRUZ BLANCA (M)	13.823	1,18
SURA (M)	6.809	0,58
SANITAS (M)	6.403	0,55
COOMEVA (M)	5.074	0,43
ALIANSA (M)	255	0,02
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (M)	199	0,02
SALUDVIDA (M)	85	0,01
SUBTOTAL MOVILIDAD	188.745	16,16
Total general	1.167.620	100,00

Fuente: Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 30 de noviembre de 2018.

En el régimen contributivo, se observa incremento en la población afiliada, posiblemente por mayor fuente de empleo en la ciudad. Cerca del 60 % de los afiliados se concentran en tres EPS: Compensar, Famisanar y Sanitas. Respecto a la movilidad del régimen subsidiado al contributivo, corresponde a menos del 1 % de los afiliados, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 90. EPS y población del Régimen Contributivo a noviembre de 2018

EPS-C	Cantidad	%
COMPENSAR	1.356.132	21,54 %
FAMISANAR	1.244.076	19,76 %
SANITAS	1.128.575	17,93 %
SALUD TOTAL	684.041	10,87 %
NUEVA EPS	498.623	7,92 %
MEDIMAS	394.065	6,26 %
SURA	308.207	4,90 %
CRUZ BLANCA	282.252	4,48 %

EPS-C	Cantidad	%
ALIANSA SALUD	216.975	3,45
COOMEVA	112.955	1,79
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	5.619	0,09
SALUDVIDA	5.337	0,08
FPS FERROCARRILES NACIONALES	4.085	0,06
SALUD MIA	2	0,00
COMFENALCO VALLE	2	0,00
EPS-C (Movilidad)	Cantidad	%
CAPITAL SALUD (M)	48.201	0,77
COMFACUNDI UNICAJAS (M)	5.039	0,08
ASMET SALUD (M)	795	0,01
SALUDVIDA (M)	32	0,00
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (M)	16	0,00
EMDISALUD E.S.S. (M)	5	0,00
NUEVA EPS (M)	4	0,00
MUTUAL SER E.S.S. (M)	4	0,00
Total general	6.295.042	100,00

Fuente: Contributivo BDUA - ADRES, corte a 30 de noviembre de 2018.

2.9.2. Determinantes estructurales de las inequidades en salud

2.9.2.1. Educación

En Bogotá la tasa de cobertura bruta de educación categoría primaria alcanzó en 2008 la más alta del periodo 105 %, a partir de este año ha presentado tendencia al descenso, con las tasas más bajas en los años 2014 con 86.67 % y 2017 con 88.19 %.

La Tasa de cobertura bruta de educación categoría secundario presenta un comportamiento similar a la categoría Primaria, alcanzando la tasa más alta en 2011 con 106 % de cobertura; a partir de ese año la tendencia es hacia la disminución, observándose en 2017 la tasa más baja de todo el periodo 90.72 %.

En la Tasa de cobertura bruta de educación categoría media se observa un comportamiento irregular, con años de incremento y de disminución; presentó un aumento desde 2005 alcanzando la más alta tasa en 2011 y reduciéndose a una de las más bajas de serie de tiempo en 2017 con 82.66 %.

Colombia en el último año 2017, presenta tasas de cobertura bruta de educación categoría primaria y de categoría secundario más altas a las de Bogotá. En las coberturas brutas de educación categoría media de fue inferior a las del Distrito Capital, 80.11 % versus 82.66 % (tabla 91).

Tabla 91. Tasas de cobertura bruta de educación según categoría primaria, secundaria y media. Bogotá D. C., 2005 – 2017

Eventos de Notificación Obligatoria	Colombia	Bogotá D.C.	Comportamiento														
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	0	0,00			0												
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2016)	102,09 %	88,19 %	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2016)	100,56 %	90,72 %	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2016)	80,11 %	82,66 %	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/bases-datos-externas-actualizacion-asis-2018.zip>.

Es esencial y prioritario fortalecer la política pública educativa, buscando que la población matriculada en una institución educativa termine sus estudios satisfactoriamente, ya sea en las categorías primaria, secundaria y media.

2.9.2.2. Pobreza e ingresos

2.9.2.2.1. 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 90 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 92. 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

Nota: No se cuenta con información actualizada en los periodos 2016, 2017 y 2018.

Frente a los indicadores de hogares que sufren privación identificados (Tabla 93) aún persisten algunos en niveles no 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 93. 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	%	42,1	62,2
	Hogares	813.401	6.572.469
Analfabetismo	%	7,9	18,5
	Hogares	153.465	1.952.006
Inasistencia escolar	%	4,6	8,9
	Hogares	89.142	937.664
Rezago escolar	%	21,4	27,8
	Hogares	413.184	2.937.927
Barreras de acceso a servicios para cuidado de la primera infancia	%	9,2	15,8
	Hogares	177.519	1.669.230
Trabajo infantil	%	2,6	3,9
	Hogares	49.456	417.426
Alta tasa de dependencia económica	%	27,4	42,4
	Hogares	529.573	4.482.668
Empleo informal	%	77,2	86,8
	Hogares	1.490.256	9.180.117
Sin aseguramiento en salud	%	21,3	29,6
	Hogares	422.885	3.125.839
Barreras de acceso a servicio de salud	%	4,3	6,3
	Hogares	82.928	664.276
Sin acceso a fuente de agua mejorada	%	1,5	17,2
	Hogares	28.110	1.817.629
Inadecuada eliminación de excretas	%	2	17
	Hogares	38.468	1.794.807
Pisos inadecuados	%	0,7	10
	Hogares	13.014	1.059.478
Paredes inadecuadas	%	0,8	4,8
	Hogares	15.610	510.791
Hacinamiento	%	14,1	19,5
	Hogares	272.703	2.065.159

Fuente: Cálculos DNP-SPSCV con datos Censo 2005.

Nota: No se dispone de indicadores actualizados para los periodos 2016, 2017 y 2018

2.9.2.2.2. 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 92 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 es seis veces mayor a la urbana.

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 94. 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.

Sin variación al compararse con el año 2015. (actualmente la fuente no se encuentra actualizada).

Tabla 95. 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.

Coefficiente 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 2017 se observa una leve reducción igual al logrado en 2015. En el periodo observado 2008 a 2017 se ha logrado reducir en 6,6 %. En Colombia el índice presenta una tendencia constante hacia la reducción, la reducción en el periodo fue de 10.4 % (tabla 96).

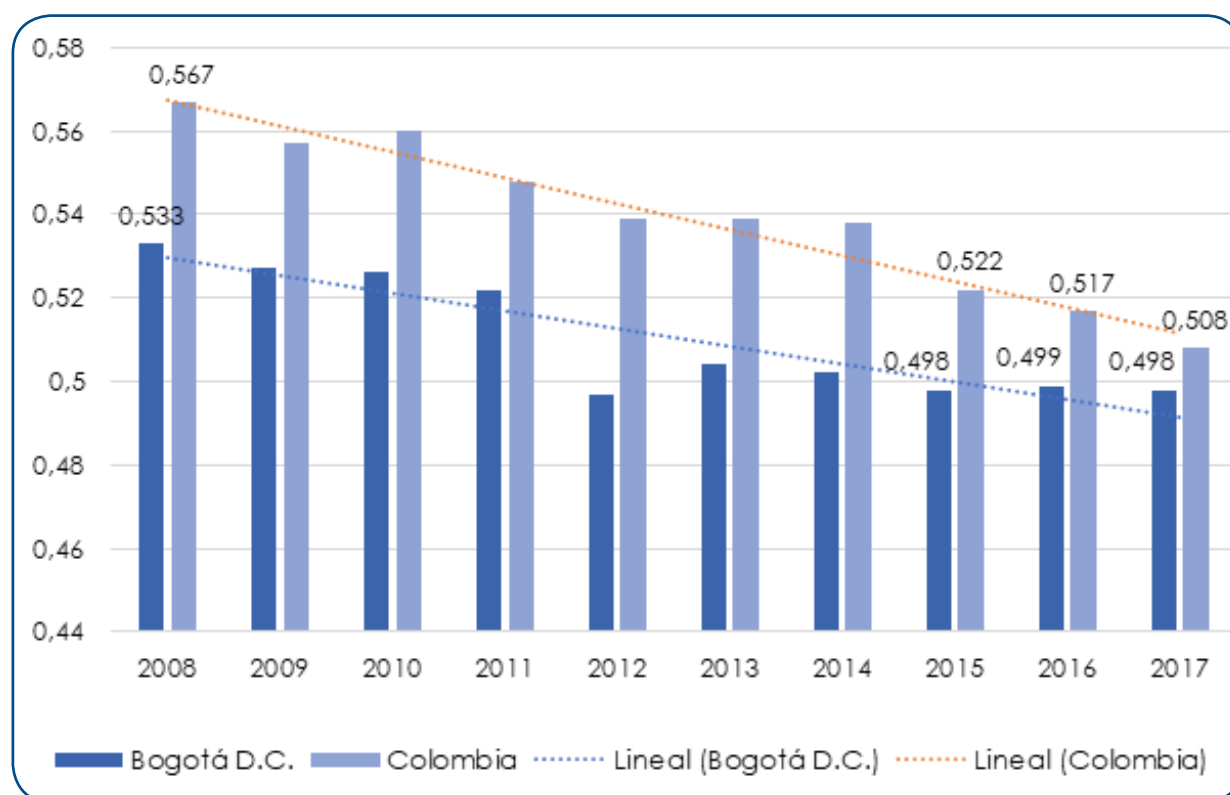
Tabla 96. Coeficiente de Gini. Colombia y Bogotá D.C., periodo 2008 – 2017

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bogotá D. C.	0,533	0,527	0,526	0,522	0,497	0,504	0,502	0,498	0,499	0,498
Colombia	0,567	0,557	0,56	0,548	0,539	0,539	0,538	0,522	0,517	0,508

Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2006) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2017)

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 69. Coeficiente de Gini. Colombia y Bogotá D. C., periodo 2008 – 2017



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2006) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2017). Elaborada SDS Dirección de Planeación Sectorial.

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 97), la Línea de indigencia en Bogotá ha venido incrementándose años tras año. En el periodo 2008 a 2012 se aumentó en 14.6 %. La Línea de Indigencia presenta un incremento tanto a nivel nacional y distrital, en el periodo 2008 – 2012 fue de 13.7 % en Colombia y un poco más alta en el Distrito Capital 14.6 %.

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 97. 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.

2.9.2.3. Ocupación

Los indicadores que miden la ocupación en el Distrito Capital presentan un comportamiento positivo hasta el año 2015. En 2017 se reduce la tasa global de participación (TGP) a 69,6 %, alcanzando aproximadamente 4.609.000 personas económicamente activas.

En 2017 la Tasa de Ocupación (TO) fue del 62,3 %, con aproximadamente 4.125.000 personas ubicadas laboralmente. La tasa de ocupación TO presenta un comportamiento hacia la reducción a partir del 2014 año en que se alcanzó la tasa más alta; en el periodo observado 2010-2017 se observa una disminución de 1.5 puntos porcentuales. En los dos últimos años 2016-2017 la tasa se redujo en 3 puntos porcentuales.

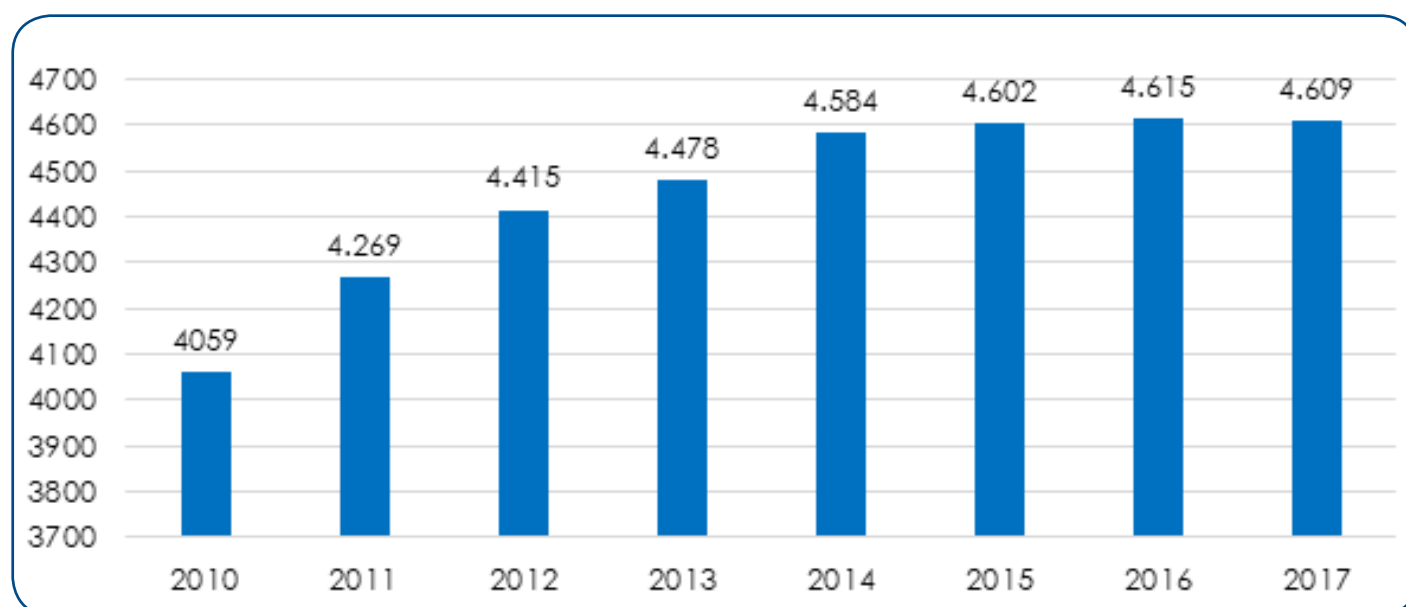
Igualmente se observa un incremento en la tasa de desempleo TD, alcanzando valores similares al inicio del periodo analizado. La tasa mantenía valores con un solo dígito, en el último año se incrementó a 10,5. Ver tabla 96.

Tabla 98. Tasa de ocupación Bogotá D. C., periodo 2010-2017

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% población en edad de trabajar	80,5	80,8	81,0	81,3	81,5	81,7	81,9	82,1
TGP	68,7	70,9	72,1	71,9	72,5	71,6	70,8	69,6
TO	61,4	64,1	65,2	65,5	66,2	65,4	64,2	62,3
TD	10,6	9,6	9,5	9,0	8,7	8,7	9,3	10,5
Población en edad de trabajar	5912	6.018	6.122	6.224	6.325	6.425	6.522	6.619
Población económicamente activa	4059	4.269	4.415	4.478	4.584	4.602	4.615	4.609
Ocupados	3627	3.860	3.994	4.075	4.186	4.200	4.187	4.125
Desocupados	432	409	421	403	398	402	429	484

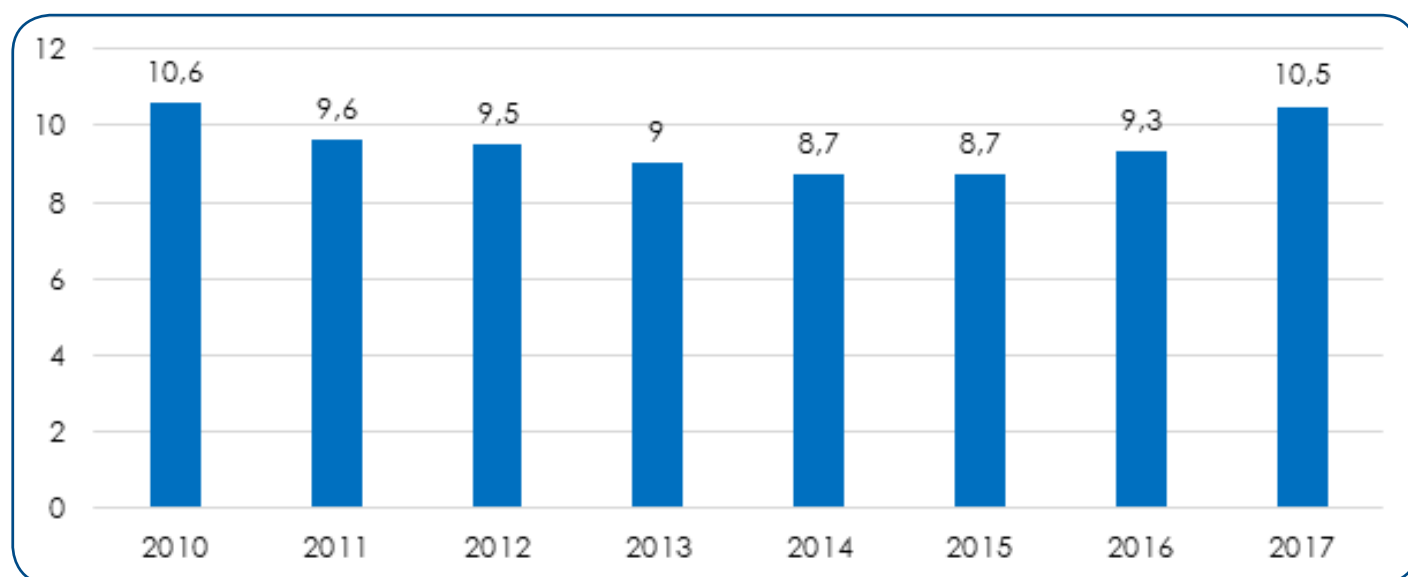
Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares, Gran Encuesta Integrada de Hogares

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: 06 de abril de 2018.

Gráfico 70. Población económicamente activa. Bogotá D. C., 2010 -2017

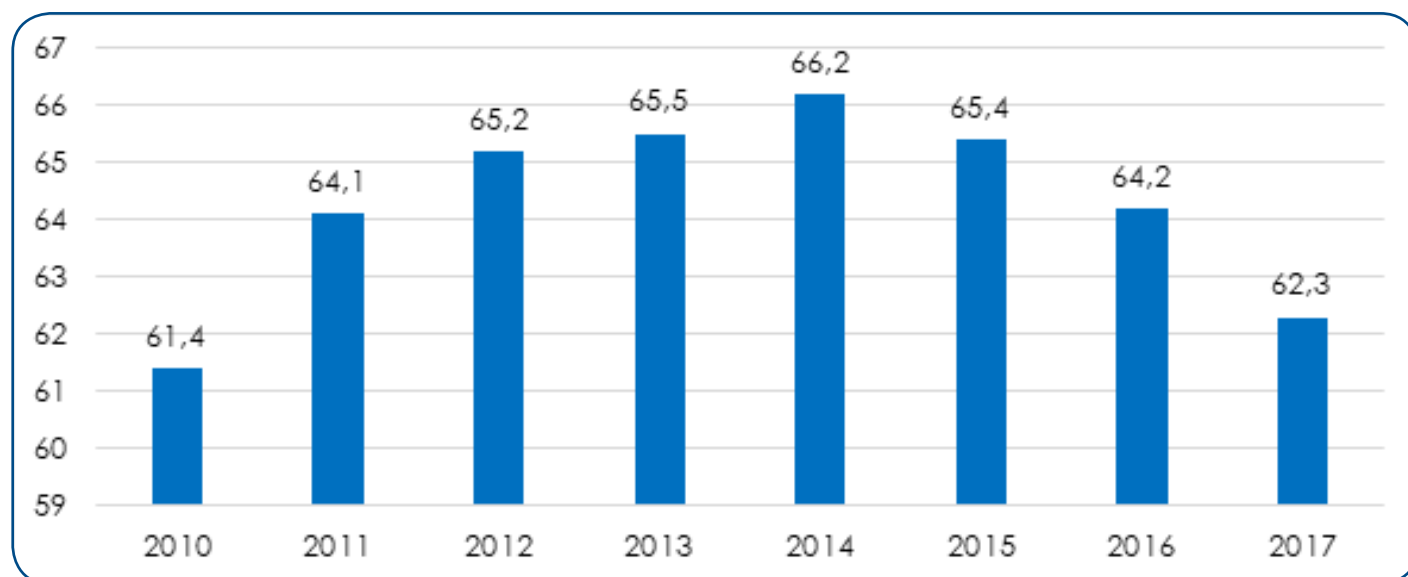
Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares, Gran Encuesta Integrada de Hogares

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: 06 de abril de 2018.

Gráfico 71. Tasa de desempleo en Bogotá D. C., 2010 - 2017

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: 06 de abril de 2018.

Gráfico 72. Tasa de ocupación. Bogotá D. C., 2010 – 2017

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: 06 de abril de 2018.

CAPITULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS EN SALUD

3. Reconocimiento de los principales efectos de salud

En la tabla 99, 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 99. 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

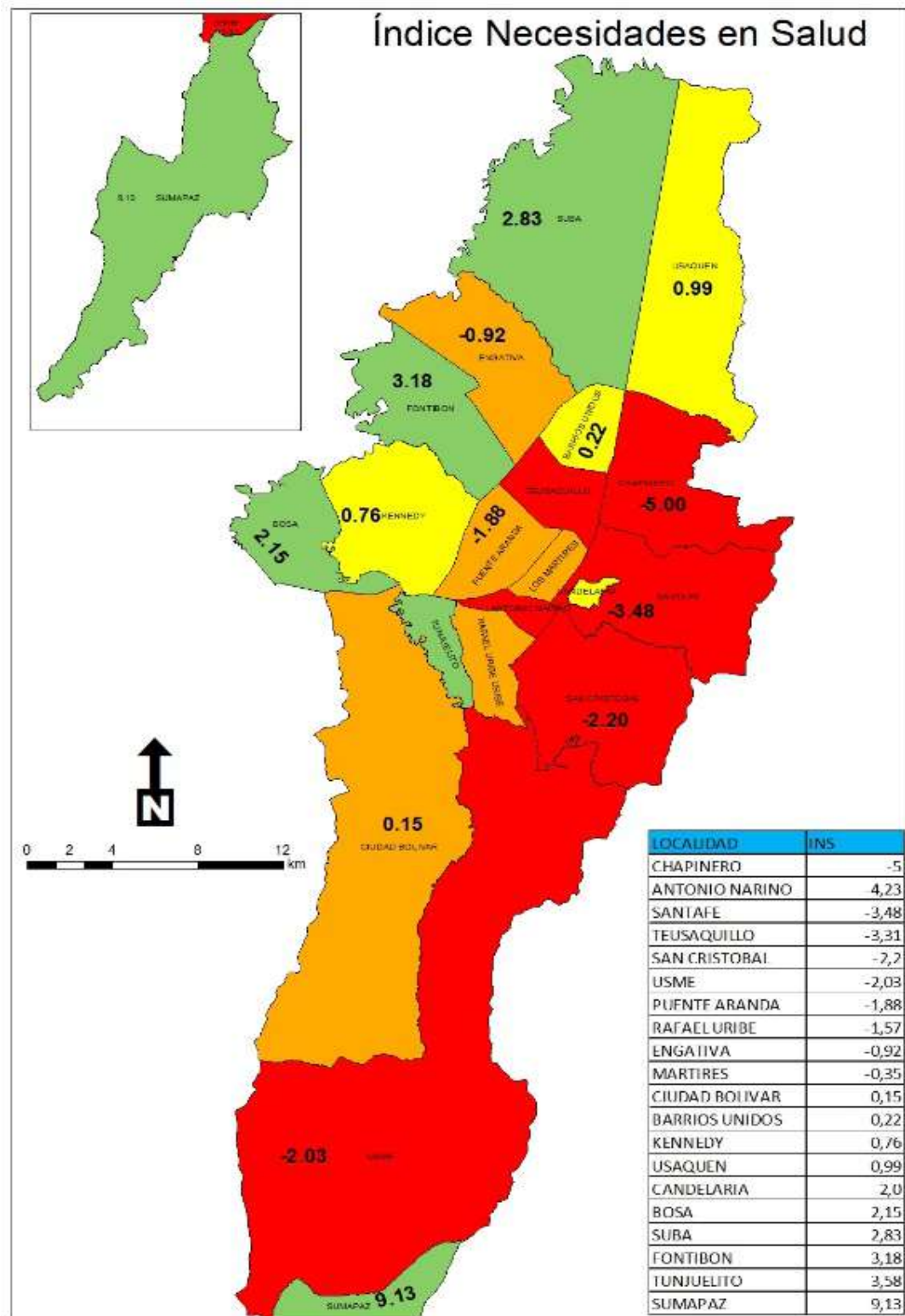
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	1. Mortalidad por enfermedad respiratoria aguda	9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	2. Morbilidad por VIH	9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	Morbilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias	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
	Servicios para población desplazada de diferentes municipios	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 11), para el cual se tomaron en cuenta los siguientes indicadores para su procesamiento:

- Variables Sociales: % habitantes pobres por NBI, con corte año 2015
- Variables Demográficas: Población total con corte año 2018.
- Variables de Salud, con corte año 2018: razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad perinatal, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, tasa de mortalidad por VIH/Sida y prevalencia de sífilis gestacional.
- Variables de respuesta institucional: cobertura de triple viral y tercera dosis de pentavalente.

Mapa 11. Índice de necesidades en salud, Bogotá D. C., 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de indicadores de ASIS 2016

De manera general se identifica que algunas de las localidades ubicadas en las subredes Norte y sur occidente de la ciudad son las que poseen un mejor valor del índice de necesidades en salud (Suba, Engativá, Fontibón, Bosa, Tunjuelito y Sumapaz), mientras que algunas de las localidades de las subredes Centro oriente y Sur de la ciudad (Chapinero, Antonio Nariño, Santa Fe, Teusaquillo, San Cristóbal y Usme) son las que reportan las mayores necesidades en salud. 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.

Bibliografía

- Cámara de comercio de Bogotá. (2018). Modelo de Ordenamiento territorial. Retrieved January 15, 2019, from <http://recursos.ccb.org.co/ccb/pot/PC/files/2modelo.html>
- 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, Corpoguavio, Instituto Alexander Von Humboldt, Parques Nacionales Naturales de Colombia, MADs, DNP. (2014). Evolución de la precipitación y temperatura durante los fenómenos 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. Universidad & empresa(15), 15 - 23.
- Ramos C, A. M., Trujillo -Vela, M. G., & Prada S, L. F. (2015). Análisis descriptivos de procesos de remoción en masa en Bogotá. Obras y Proyectos (Vol. 18). <https://doi.org/10.4067/S0718-28132015000200006>.
- Ruiz, J. F., & Escobar, O. F. D. J. (2012). Alteraciones de la precipitación y la temperatura ante variabilidad y cambio climático para la ciudad de Bogotá. Retrieved from <http://institucional.ideam.gov.co/jsp/2592>.
- Sanidade, C. de. (2014). Ajuste de tasas (pp. 7–8).
- Secretaría de movilidad. (28 de 11 de 2015). Encuesta de movilidad . Obtenido de <https://drive.google.com/file/d/0ByNoeWkPXuHpakpSeFVOdnBsQ3c/view>
- Secretaría Distrital de Ambiente. Subdirección del Recurso Hídrico y del Suelo. (2017). Tramo WQL. Bogotá D.C. Retrieved November 26, 2018, from <https://www.ideca.gov.co/datos-tematicos/categoria?q=42#3> <https://www.ideca.gov.co/datos-tematicos/categoria?q=42#1>
- Secretaría Distrital de Ambiente - Dirección de Gestión Ambiental. (2018a). Mapa Vulnerabilidad Calidad del Agua (Datos proyectados para el año 2050).
- Secretaría Distrital de Ambiente - Dirección de Gestión Ambiental. (2018b). Vulnerabilidad Regulación Hídrica (Datos proyectados para el año 2050). Retrieved November 26, 2018, from <https://www.ideca.gov.co/datos-tematicos/categoria?q=42#1>
- 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/gestionRiesgo/Tecnologico>

