

**Secretaría Distrital de Salud de
Bogotá
Área de vigilancia en Salud Pública
Grupo de Análisis de Situación de
Salud**

Diagnóstico Distrital de Salud 2010

Créditos

Alcalde Mayor de Bogotá D.C.

Gustavo Francisco Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez

Subsecretario de salud

Aldo Enrique Cadena Rojas

Dirección de salud pública

Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Jefe de área de vigilancia en salud pública

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga

Coordinación grupo ASIS

Daibeth Elena Henríquez Iguarán

Profesional especializado Grupo ASIS

Claudia Marcela Moreno Segura

Colaboradores

Grupo técnico Análisis de Situación de Salud (ASIS)

Gustavo Alonso Caicedo Urrego

Liany Katerin Ariza Ruiz

Mauricio Fuentes Vallejo

Bibiana Pérez Hernández

Aura Liliana Torres Umbarila

Ofelia Aristizabal Duque

Nelsy Esmeralda Zambrano Hernández

Grupo técnico Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)

Ana María Sierra Nova

Grupo técnico salud sexual y reproductiva

Manuel Alfredo González Mayorga

Blanca Lilia Méndez Calderón

Grupo técnico salud mental

Gloria del Pilar Cardona Gómez

Henry Alejo Alejo

Grupo técnico enfermedades inmunoprevenibles

Luz Marina Duque Torres

Sonia Lilibian Guzmán Rodríguez

Diane Moyano Romero

Grupo técnico salud discapacidad

Ana Marcela González Barrera

Grupo técnico salud oral

Carmen Lucía Velásquez Maya

Tabla de contenido

Capítulo 1: Población y territorio

1	Entorno Físico.....	12
2	Entorno Social	14
2.1	Estructura poblacional.....	14
2.2	Distribución poblacional en el territorio	16
2.3	Crecimiento poblacional	19
2.4	Fecundidad en Bogotá	20
2.5	Natalidad en Bogotá.....	22
2.6	Esperanza de vida en Bogotá	23
3	Estructura económica	27
3.1	Estructura productiva (Producto Interno Bruto) PIB percapita (ingreso)	27
3.2	Accesibilidad a servicios públicos.....	27
3.3	Índices de empleo y desempleo	28
3.4	Estructura poblacional por estratos	29
3.5	Acceso al sistema de seguridad social en salud (SGSSS)	30

Capítulo 2: Salud y bienestar

4	Estado de salud de los niños y jóvenes	32
4.1	Desnutrición crónica.....	34
4.2	Desnutrición aguda	34
4.3	Desnutrición global.....	36
4.4	Prevalencia de bajo peso al nacer.....	37
4.4.1	Causas asociadas al bajo peso al nacer.....	38
4.4.2	Determinantes sociales de la salud asociados al bajo peso al nacer.....	40
4.5	Nacimientos en adolescentes.....	43
4.5.1	Determinantes sociales Asociados al embarazo adolescente	47
5	Estado de salud de los adultos y estilos de vida	48
6	Morbilidad y deterioro de la salud	51
6.1	Morbilidad general.....	53
7	Causas de muerte.....	55
7.1	Mortalidad general.....	57
7.2	Mortalidad materna	60
7.2.1	Análisis de las demoras en la atención materna	63
7.2.2	Determinantes sociales asociados a la mortalidad Materna.....	64
7.3	Mortalidad perinatal.....	68
7.4	Mortalidad infantil	70
7.5	Mortalidad en niños menores de 5 años.....	72
7.6	Mortalidad por neumonía en menores de cinco años	75
7.7	Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años	77
7.8	Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	80

Capítulo 3: Salud y ambiente

8	Seguridad alimentaria	82
9	Salud ambiental	83
9.1	Calidad del agua y saneamiento	83
9.1.1	tasa de notificación de hepatitis A.....	83
9.1.2	Morbilidad y mortalidad por EDA	83
9.1.3	Índice de riesgo para calidad de agua potable y porcentaje de cobertura de vigilancia de acueductos sanitarios	84
9.2	Calidad del aire y radiación electromagnética	84
9.2.1	Enfermedad Respiratoria Aguda.....	85
9.2.2	Intoxicaciones por monóxido de carbono	88
9.3	Seguridad química	89
9.4	Zoonosis	90
9.5	Medicamentos seguros	90

Lista de tablas

Tabla 1. Comportamiento del crecimiento de población residente por localidad en Bogotá. Año 2005 y proyecciones 2010-2015.	19
Tabla 2. Indicadores de fecundidad y reproducción. Bogotá y Colombia estimaciones 2010.....	22
Tabla 3. Esperanza de vida al nacer. Comparación Colombia y Bogotá, 2005-2010 2010-2015.....	24
Tabla 4. Indicadores económicos. Bogotá, 2010.....	27
Tabla 5. Cobertura de servicios públicos. Bogotá, 2009.....	28
Tabla 6. Porcentaje de hogares con bienes de consumo duradero. Bogotá, de 2010 ...	28
Tabla 7. Indicadores laborales. Bogotá, 2010.....	29
Tabla 8. Vinculación al sistema de seguridad social en salud por régimen de afiliación. Bogotá, 2010.....	31
Tabla 9. Indicadores de salud y bienestar los niños y jóvenes. Bogotá y sus localidades, 2010.....	33
Tabla 10. Nacimientos por localidad y edad de la madre. Bogotá, 2010.....	44
Tabla 11. Indicadores de salud y bienestar los adultos y estilos de vida. Bogotá y sus localidades, 2010.....	49
Tabla 12. Indicadores de morbilidad y deterioro de la salud. Bogotá y sus localidades, 2010.....	52
Tabla 13. Personas enfermas por tratamiento aplicado ECV 2008 – ECV 2010.....	53
Tabla 14. Morbilidad general en población vinculada, desplazada y atenciones no POSS. Bogotá, 2010.....	55
Tabla 15. Causas de muerte. Bogotá y sus localidades, 2010.....	56
Tabla 16. Mortalidad general según agrupación de la lista 6/67. Bogotá, 2007 – 2009.....	57
Tabla 17. Mortalidad en hombres según ciclos vitales. Bogotá, 2009.....	58
Tabla 18. Mortalidad en mujeres según ciclos vitales. Bogotá, 2009.....	60
Tabla 19. Indicadores de seguridad química. Bogotá, 2008-2010.....	89
Tabla 20. Indicadores de eventos transmitidos de origen zoonotico. Bogotá, 2008-2010.....	90
Tabla 21. Indicadores de la línea de medicamentos seguros. Bogotá, 2008-2010.....	90

Lista de mapas

Mapa 1. Estructura ecológica de Bogotá	13
Mapa 2. Zonas de riesgos naturales	14
Mapa 3. Distribución poblacional por localidad. Bogotá, 2010	17
Mapa 4. Distribución de la población menor de cinco años por UPZ. Bogotá, 2010	18
Mapa 5. Tasas de fecundidad por localidad. Bogotá, 2005-2010	21
Mapa 6. Comportamiento de la natalidad por localidad. Bogotá, 2005-2015	23
Mapa 7. Esperanza de vida al nacer para las mujeres según localidad. Bogotá, 2005-2010	25
Mapa 8. Esperanza de vida al nacer para los hombres según localidad. Bogotá, 2005-2010	26
Mapa 9. División de estratos por UPZ. Bogotá, 2010	30
Mapa 10. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos por localidades. Bogotá, 2008-2010	62
Mapa 11. Razón de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos más fetales por localidades. Bogotá, 2008-2010	69
Mapa 12. Razón de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos más fetales por localidades. Bogotá, 2008-2010	71
Mapa 13. Tasas de mortalidad por neumonía por 100.000 menores de cinco años por localidades. Bogotá, 2008-2010	76
Mapa 14. Tasas de mortalidad por EDA por 100.000 menores de cinco años por localidades. Bogotá, 2008-2010	79
Mapa 15. Tasas de mortalidad por desnutrición por 100.000 menores de cinco años por localidades. Bogotá, 2008-2010	81
Mapa 16. Mortalidad por ERA y en menores de cinco años y ubicación de salas ERA por UPZ. Bogotá, 2008-2011	87

Lista de figuras

Figura 1. Pirámide Poblacional Bogotá, 2005-2010.....	15
Figura 2. Esperanza de vida al nacer. Bogotá, 2005-2015	24
Figura 3. Porcentaje de desnutrición crónica en niñas y niños de 0 a 17 años. Bogotá, 2005 - 2010.....	34
Figura 4. Porcentaje de desnutrición aguda en niñas y niños de 0 a 9 años. Bogotá, 2005 - 2010.....	35
Figura 5. Porcentaje de delgadez en niñas y niños de 10 a 17 años. Bogotá, 2006 - 2010.....	36
Figura 6. Porcentaje de desnutrición global en niñas y niños de 0 a 9 años. Bogotá, 2005 - 2010.....	37
Figura 7. Prevalencia de bajo peso al nacer. Bogotá, 2005 - 2010 - Enero a Octubre de 2011.....	38
Figura 8. Comportamiento de los nacimientos en adolescentes. Bogotá, 2008-2010....	43
Figura 9. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos. Bogotá, 2005-2010,	61
Figura 10. Razón de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos. Bogotá, 2005-2010,	68
Figura 11. Razón de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos. Bogotá, 2005-2010, ..	70
Figura 12. Mortalidad infantil por malformaciones congénitas. Bogotá, 2005-2010	72
Figura 13. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por 10.000 menores de cinco años. Bogotá, 2005-2010,	73
Figura 14. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por 1.000 nacidos vivos. Comparativo Bogotá-Colombia, 2005-2010,	74
Figura 15. Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años por 100.000 menores de cinco años. Bogotá, 2005-2010	75
Figura 16. Mortalidad por ERA en menores de cinco años por 100.000 menores de cinco años. Bogotá, 2005-2010,	77
Figura 17. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años por 100.000 menores de cinco años. Bogotá, 2005-2010,	78
Figura 18. Tasa de mortalidad por desnutrición por 100.000 menores de cinco años. Bogotá, 2005 - 2010.....	80
Figura 19. Morbilidad por Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) por ciclo vital. Bogotá, 2007-2010	82
Figura 19. Tasa de notificación de hepatitis A según lugar de residencia. Bogotá, 2007-2010.....	83
Figura 20. Índice de riesgo para calidad de agua potable. Bogotá, 2007-2010	84
Figura 21. Notificación de morbilidad por IRA al Sivigila. Bogotá, 2009-2011*	85
Figura 22. Casos atendidos en salas ERA. Bogotá, 2007-2010	86
Figura 23. Concentración anual de material particulado en la ciudad. Bogotá, 2007-2010.....	88
Figura 24. Prevalencia de sibilancia en menores de cinco años debido a material particulado PM10. Bogotá, 2007-2010	88

Figura 25. Casos de intoxicaciones intramural por monóxido de carbono. Bogotá, 2008-2010.....89

Lista de anexos

Anexo 1. Proyección estadística de la población por localidad, sexo y grupos de edad quinquenal. Bogotá, 201093

Anexo 2. Comportamiento del crecimiento de población residente por Unidad de Planeación Zonal en Bogotá. Año 2005 y proyecciones 2010-2015.....95

Anexo 3. Diez primeras causas de morbilidad por tipo de atención y ciclo vital. Bogotá, 2010.....98

Introducción

A través de los años la Secretaría Distrital de Salud (SDS) ha ido incrementando sus esfuerzos para realizar análisis de salud integrales. El diagnóstico de salud de Bogotá para el año 2010 se desarrollo dentro del marco del proceso de análisis de situación de salud y hace parte de una serie de producciones elaboradas desde el nivel local y distrital que objetivan proveer análisis del estado de salud de la población que informen a los gobernantes, profesionales, líderes comunitarios y a toda la población en general sobre los asuntos que afectan su salud. Esta información se encuentra publicada en la página web de la SDS.

La metodología para la producción de este diagnóstico de salud esta apoyada en el documento “City health profiles: How to report on health in your city” elaborado por la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa¹. Adicionalmente se tuvieron en cuenta experiencias nacionales e internacionales relacionadas con la elaboración de diagnósticos y perfiles de salud^{2,3,4}.

Como insumo para la elaboración del diagnóstico de salud de Bogotá se usaron varias fuente de información entre las que se cuentan: El sistema de estadísticas vitales de la SDS, las bases de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), información de Secretaría Distrital de Planeación y del observatorio de aire y ambiente.

Estructura de este documento

Para la elaboración de el diagnóstico de salud de 2010 se han priorizado algunos indicadores que inciden sobre el estado de salud de las personas; este documento no pretende hacer una revisión exhaustiva de los indicadores de salud, pero ilustra sobre algunos determinantes que impactan el estado de salud de los bogotanos.

Para definir las condiciones de salud de la población se definieron 3 Capítulos compuestos de la siguiente manera:

El primer capitulo, hace referencia a la estructura poblacional y territorial de la ciudad; presenta una aproximación a la estructura territorial, poblacional y económica de los ciudadanos.

El segundo capitulo, se desarrolla de acuerdo a la perspectiva local y distrital y analiza la tendencia de los indicadores de salud y bienestar en los últimos años.

Para finalizar, el tercer capítulo, recopila indicadores de salud ambiental y analiza su impacto sobre la salud humana.

Primer Capitulo: Población y territorio

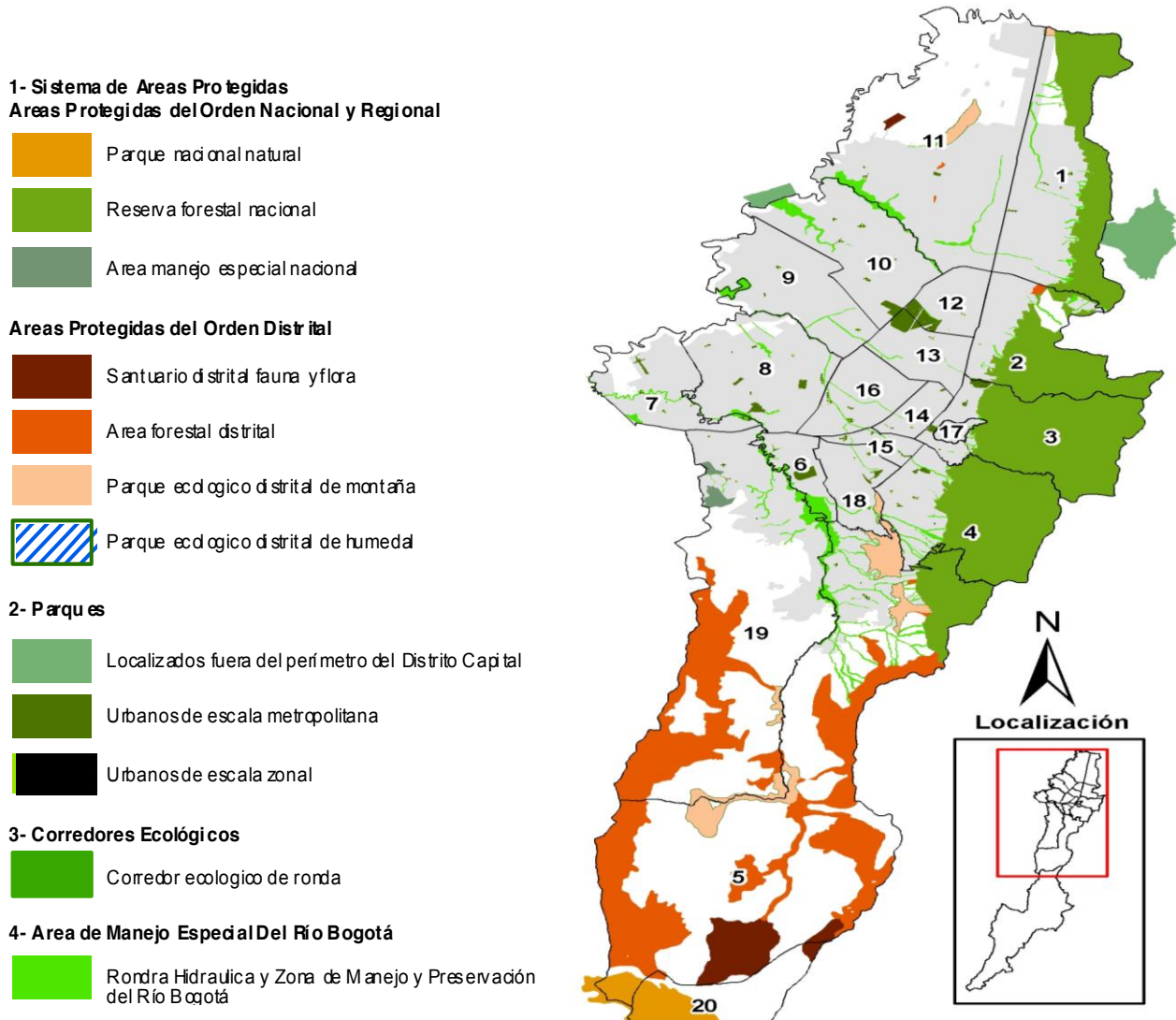
A continuación se presenta una aproximación a la estructura poblacional y territorial de la ciudad de Bogotá. Este capítulo se desarrolla bajo tres grandes miradas: la primera hace alusión al entorno físico usando como referencia las condiciones geográficas y ambientales que presenta el territorio; la segunda se enfoca en la población, su dinámica y su distribución en el territorial; y por último la tercera mirada se enfoca en algunos indicadores que caracterizan la estructura económica bajo la cual fluye la población.

1 Entorno Físico

Bogotá presenta una alta densidad de población urbana que en su mayoría se ubica en 18 de las 20 localidades; existen tres localidades predominantemente rurales, estas son Sumapaz, Usme y Ciudad Bolívar; en las dos últimas se presentan importantes fenómenos de urbanización informal producto del desplazamiento de personas desde otras ciudades o municipios a la ciudad capital, muchos de ellos como producto de la violencia.

Bogotá tiene grandes zonas protegidas de orden nacional y regional que se ubican en su mayoría en la zona oriental de la ciudad, mientras tanto las áreas protegidas de orden distrital se encuentran en la parte sur y sur occidental. (Mapa 1)

Mapa 1. Estructura ecológica de Bogotá

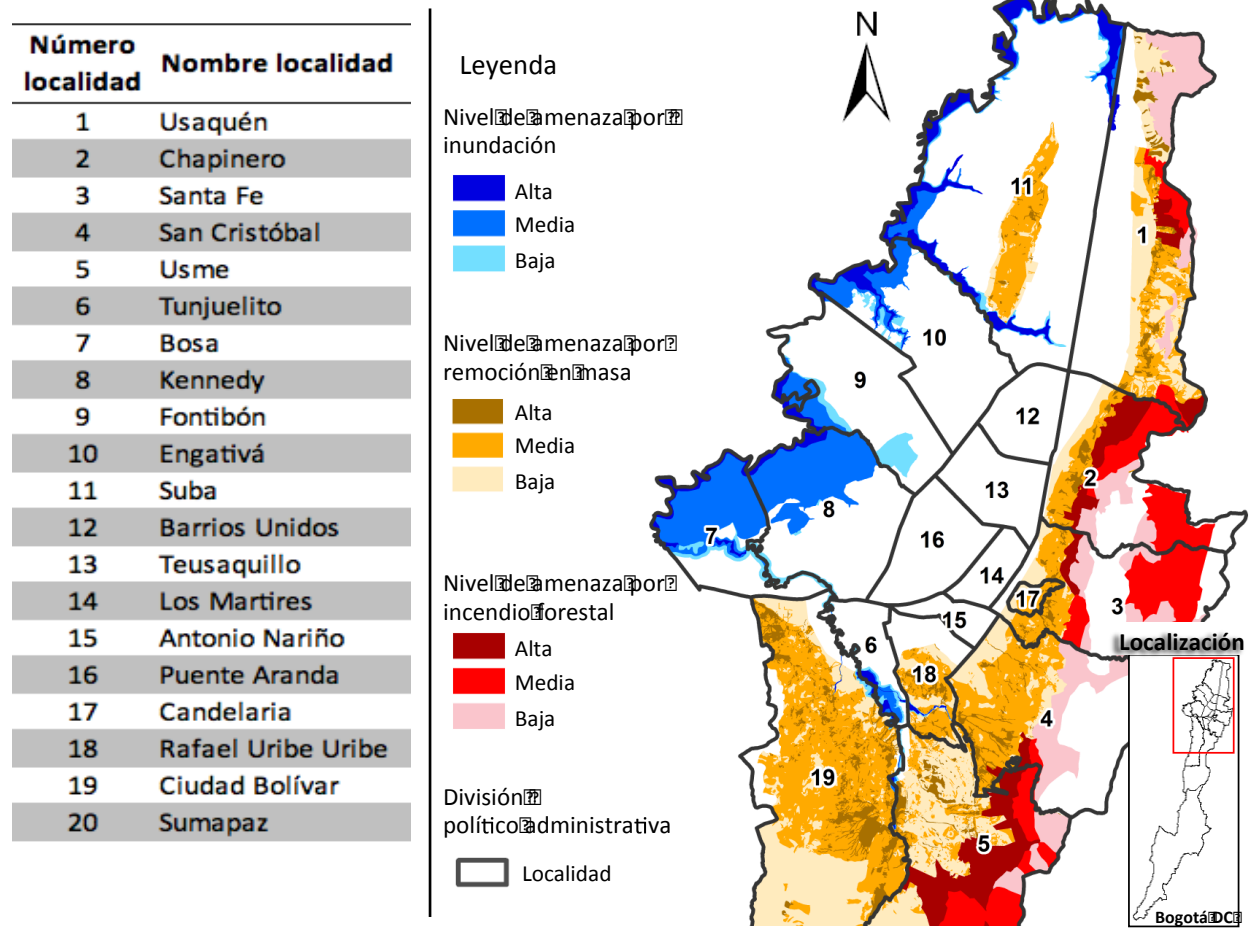


Fuente: Secretaria Distrital de Planeación. Información Decreto 190 del 2004 (POT)
 Elaboró Equipo ASIS SDS.

Bogotá constituye una ciudad con alto grado de vulnerabilidad ambiental. Las zonas aledañas a las riveras del río son susceptibles de inundaciones, así como las zonas montañosas con alto grado de erosión están en riesgo de deslizamientos de tierra. Las condiciones ambientales de la ciudad han tendido a empeorar debido a la variabilidad climática que durante los últimos años ha afectando con gran magnitud al país. Las localidades con mayor nivel de amenaza de inundación son las que se encuentran en el occidente de la ciudad como Bosa, Kennedy, Engativá y Suba; Por otro lado, las

localidades que se ubican en el costado oriental como Usme, Santa Fe y Chapinero tienen mayor nivel de amenazas por incendios forestales; Las localidades de Ciudad Bolívar, Rafael Uribe, parte de San Cristóbal y Usme presentan mayor nivel de amenaza por remoción en masa (Mapa 2).

Mapa 2. Zonas de riesgos naturales



Fuente: DEPAE, 2009
Elaboró: Grupo ASIS - SDS

2 Entorno Social

2.1 Estructura poblacional

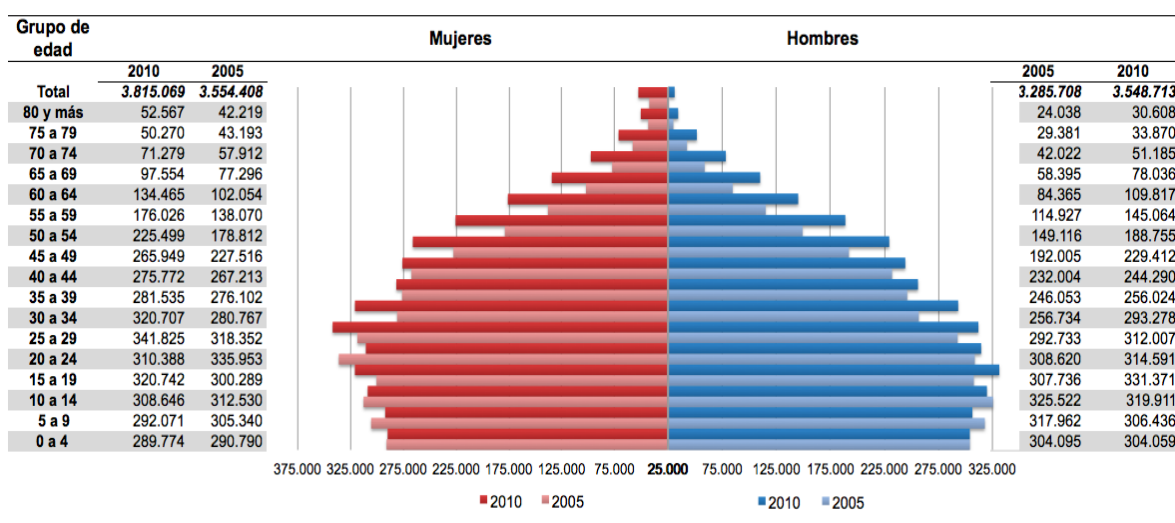
En el año 2010 Bogotá conforma la ciudad más poblada del país con un total de 7.363.782 habitantes; de ellos 7.347.795 (99,8%) habitan el área metropolitana con una densidad poblacional de aprox. 4.146 habitantes por kilómetro cuadrado; el 47,8% de la población esta compuesto por hombres y el 52,2% restante por mujeres; la mediana de

edad ha ido en incremento a través de los años, en el año 2005 era de 27,6, en el año 2010 es de 29,5 y se proyecta que para el año 2015 sea de 31,4, esto refleja la estructura una sociedad madura.

el grupo de edad que mayor número de mujeres tiene es el de 25 a 29 años, mientras que en los hombres es el de 10 a 14 años; la población menor de 15 años es del 15% mientras que los mayores de 65 años representan un 6,3%.

De acuerdo con las proyecciones del censo nacional de 2005 realizado por el DANE, para el año 2010 la población mayor de 15 años se ha incrementado en un 11,2% comparado con el año 2005 (Figura 1).

Figura 1. Pirámide Poblacional Bogotá, 2005-2010.



Fuente: DANE. Proyección de población de Bogotá 2000-2015. SDS: Dirección de Salud Pública y Dirección de Planeación y Sistemas.

Entre los principales aspectos a resaltar de la pirámide poblacional de Bogotá, están la base estrecha que muestra el descenso en el número de nacimientos, el rápido crecimiento del cuerpo a medida que se asciende en los grupos de edad y de nuevo el estrechamiento en la cúspide correspondiente a las edades avanzadas, lo que se explica por el aumento en la esperanza de vida y el descenso en las tasas de mortalidad y de fecundidad de la población Bogotá. Este comportamiento es el reflejo de la entrada de la población Bogotana a la segunda transición demográfica, que se caracteriza principalmente por la desaparición de la familia tradicional hacia la consolidación de nuevas formas de familias (monoparentales, parejas del mismo sexo, parejas sin hijos, personas solas, etc), incremento de la soltería, incremento de la edad media para el matrimonio, alargamiento de la etapa previa a la formación de la familia, uso generalizado de los métodos anticonceptivos antes de la maternidad con la consecuente postergación del primer hijo, aumento de la tasa de divorcio y del acceso

de las mujeres a la educación y con ello el incremento de su participación en el mercado laboral.

Adicionalmente, en Bogotá se presenta el fenómeno de Bono Demográfico que consiste en que a partir del año 2015 se incrementará la razón de dependencia de las personas menores de 15 y mayores de 65 años especialmente en la Población Económicamente Activa (PEA). Este fenómeno se hace evidente a través del aumento de la población de la tercera edad, en localidades como Teusaquillo se espera que aproximadamente un 20% de la población este integrada por personas mayores de 60 años.

Estos cambios dejan ver la necesidad de que en los próximos 4 años el Distrito Capital desarrolle un proceso de alistamiento para la atención social y de salud de la población mayor de 60 años.

2.2 Distribución poblacional en el territorio

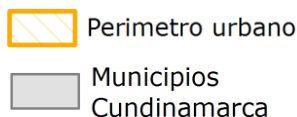
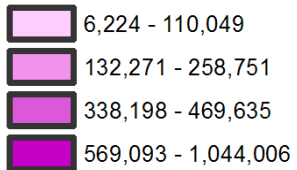
Geográficamente la ciudad de Bogotá se encuentra distribuida en 20 localidades que a su vez están divididas en 112 Unidades de Planeación Zonal (UPZ); las localidades de Suba, Kennedy, Engativa y Ciudad Bolívar son las localidades más pobladas de la ciudad mientras que las que menor número de habitantes tienen son Sumapaz y Candelaria (Mapa 3), para complementar esta información en el anexo 1 se presenta la proyección estadística de la población de Bogotá para el año 2010 discriminada por localidad, sexo y grupos quinquenales de edad (Anexo 1)

En función de la cantidad de habitantes por hectárea (Ha) o kilómetro cuadrado (km²) la ciudad debe planear sus redes de infraestructura, de servicios públicos, las vías, el espacio público, el transporte y los equipamientos en los cuales se prestan los servicios sociales a los habitantes; la organización de todos estos elementos en el territorio es parte principal del modelo de ciudad.

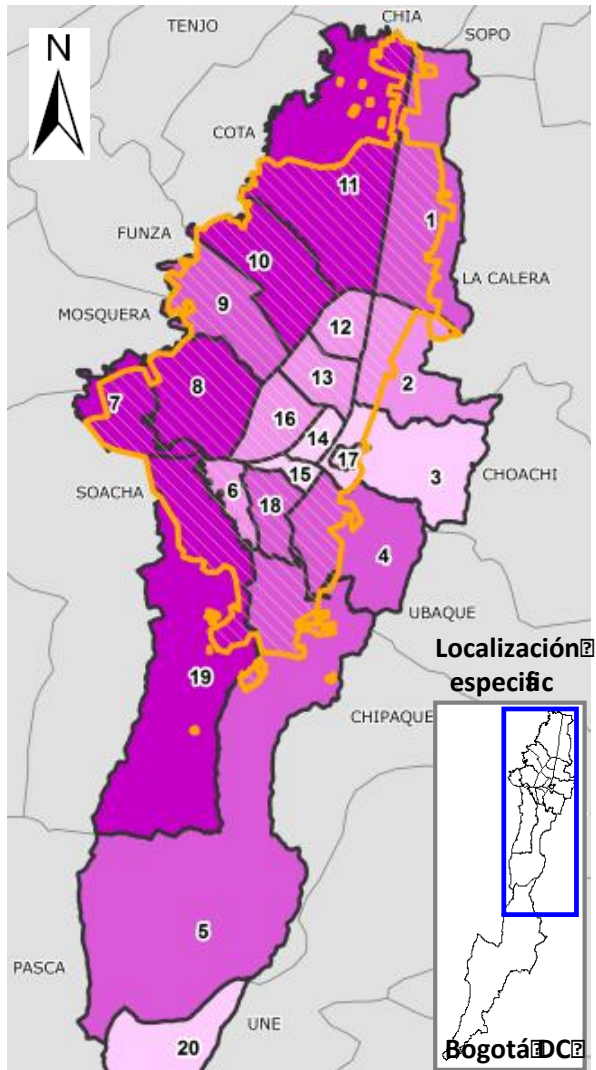
Mapa 3. Distribución poblacional por localidad. Bogotá, 2010

Código localidad	Localidad	Población total	Población mujeres	Población hombres
1	Usaquén	469,635	252,633	217,002
2	Chapinero	132,271	71,105	61,166
3	Santa Fe	110,049	54,805	55,244
4	San Cristóbal	410,148	210,346	199,802
5	Usme	363,707	184,446	179,261
6	Tunjuelito	202,010	102,434	99,576
7	Bosa	569,093	290,714	278,379
8	Kennedy	1,009,527	518,783	490,744
9	Fontibón	338,198	178,089	160,109
10	Engativá	836,124	437,411	398,713
11	Suba	1,044,006	550,109	493,897
12	Barrios Unidos	232,802	121,020	111,782
13	Teusaquillo	145,157	78,077	67,080
14	Martires	97,611	48,931	48,680
15	Antonio Nariño	108,150	55,877	52,273
16	Puente Aranda	258,751	132,350	126,401
17	Candelaria	24,117	11,476	12,641
18	Rafael Uribe	377,836	192,894	184,942
19	Ciudad Bolívar	628,366	320,582	307,784
20	Sumapaz	6,224	2,987	3,237
Total		7,363,782	3,815,069	3,548,713

Población por rangos



Localización general

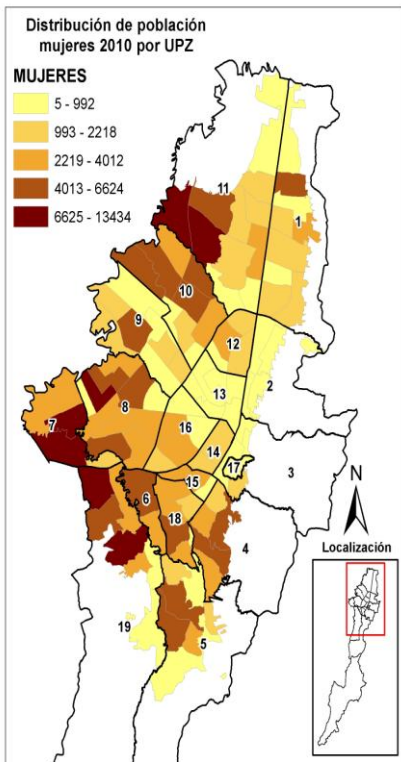
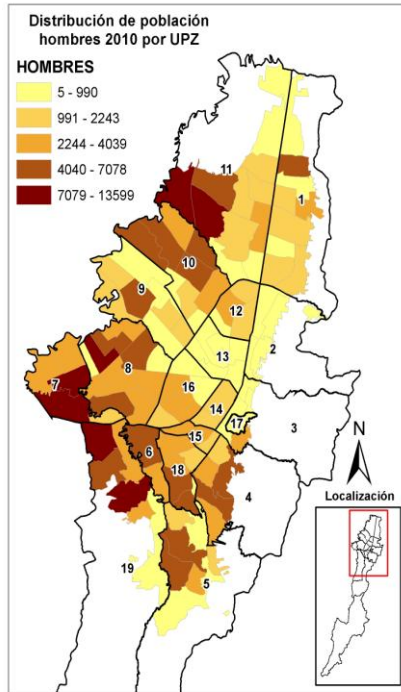


Fuente: DANE. Proyecciones de Población Bogotá 2010. SDS. Dirección de Salud Pública y Dirección de Planeación y Sistemas.

Elaboro Equipo ASIS-SDS

La población menor de cinco años se distribuye por Unidades de Planeación Zonal (UPZ), en mayor proporción en las localidades de: Suba en las UPZ Suba y Tibabuyes; Bosa en las UPZ Gran Britalia, Bosa Occidental y Bosa Central; y en la localidad de Ciudad Bolívar en las UPZ Ismael Perdomo y Lucero. (Mapa 4).

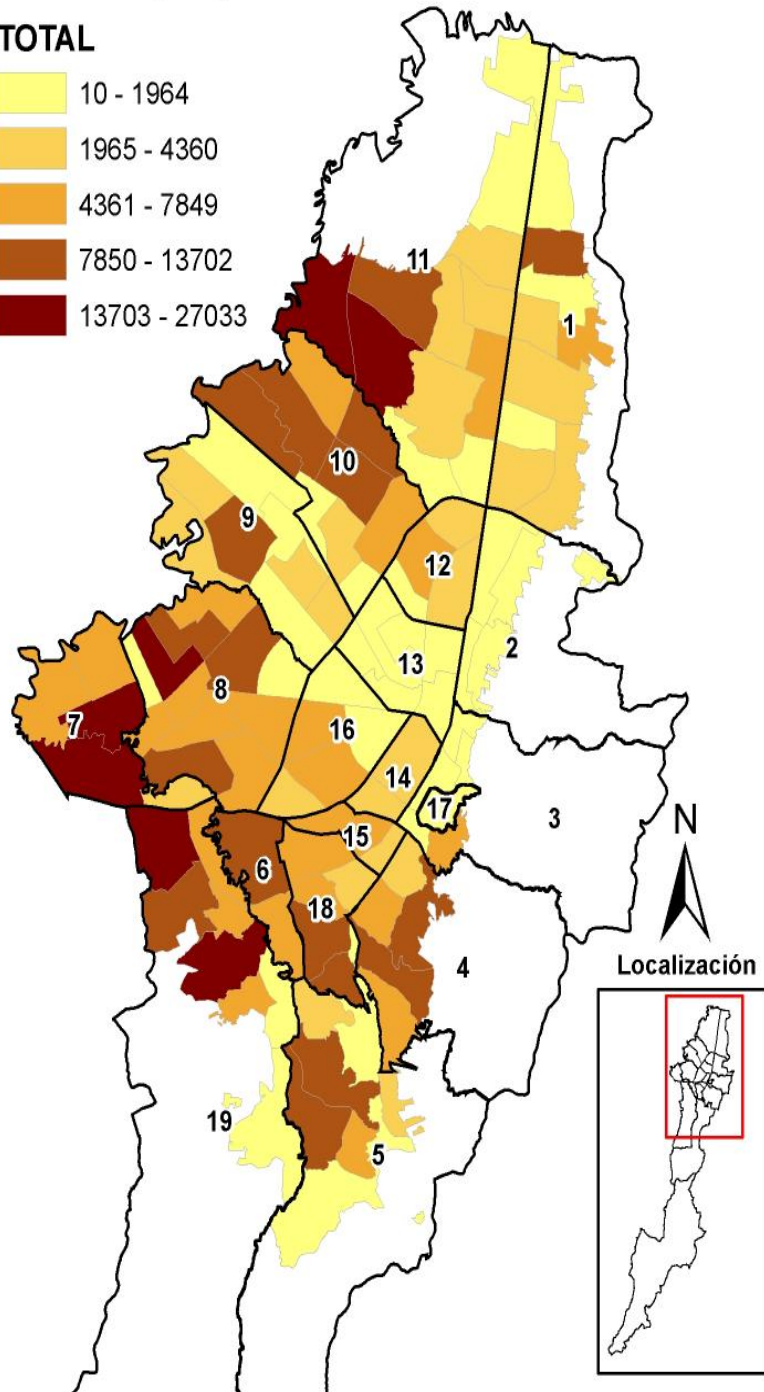
Mapa 4. Distribución de la población menor de cinco años por UPZ. Bogotá, 2010



Distribución de población 2010 por UPZ

TOTAL

- 10 - 1964
- 1965 - 4360
- 4361 - 7849
- 7850 - 13702
- 13703 - 27033



Fuente: DANE. Proyecciones de Población Bogotá 2010. SDS. Dirección de Salud Pública y Dirección de Planeación y Sistemas.

Elaboro Equipo ASIS-SDS

2.3 Crecimiento poblacional

La tendencia de crecimiento poblacional para el año 2010 no es homogénea entre las localidades de Bogotá, esto es consecuencia de la heterogeneidad de los indicadores demográficos y de las modelaciones de crecimiento estimado, que proyectan nuevos polos de desarrollo y modificaciones previstas en el uso del suelo⁵. Las proyecciones de comportamiento del crecimiento poblacional en Bogotá desarrolladas por el DANE y la SDP para los años 2005, 2010 y 2015⁶ muestran que las localidades de Usme, Bosa, Suba, Fontibón y Ciudad Bolívar, entre los años 2010 y 2015 tendrán un alto porcentaje de variación; mientras tanto, las localidades de Tunjuelito y Rafael Uribe Uribe decrecerán de manera promedio (Tabla 1)⁷; adicionalmente, se estima que por cada 1.000 habitantes habrán 15,9 nacimientos y 4,5 defunciones, dado que los nacimientos superan a las muertes, la tasa de crecimiento natural toma un valor alto indicando que la población aumentara en un 11,4%.

Tabla 1. Comportamiento del crecimiento de población residente por localidad en Bogotá. Año 2005 y proyecciones 2010-2015.

Localidad	Años			Variación % 2005-2010	Variación % 2005-2015
	2005	2010	2015		
01 Usaquén	444.924	469.635	494.066	5,6	11
02 Chapinero	126.274	132.271	137.870	4,7	9,2
03 Santa Fe	109.463	110.049	110.053	0,5	0,5
04 San Cristóbal	409.653	410.148	406.025	0,1	-0,9
05 Usme	299.621	363.707	432.724	21,4	44,4
06 Tunjuelito	202.342	202.010	200.048	-0,2	-1,1
07 Bosa	495.283	569.093	646.833	14,9	30,6
08 Kennedy	944.777	1.009.527	1.069.469	6,9	13,2
09 Fontibón	297.933	338.198	380.453	13,5	27,7
10 Engativa	793.944	836.124	874.755	5,3	10,2
11 Suba	918.580	1.044.006	1.174.736	13,7	27,9
12 Barrios Unidos	224.216	232.802	240.960	3,8	7,5
13 Teusaquillo	138.993	145.157	151.092	4,4	8,7
14 Los Mártires	95.866	97.611	98.758	1,8	3
15 Antonio Nariño	106.648	108.150	108.941	1,4	2,2
16 Puente Aranda	257.090	258.751	258.414	0,6	0,5
17 Candelaria	23.985	24.117	24.096	0,6	0,5
18 Rafael Uribe Uribe	376.711	377.836	375.107	0,3	-0,4
19 Ciudad Bolívar	567.861	628.366	687.923	10,7	21,1
20 Sumapaz	5.952	6.224	6.460	4,6	8,5

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación

Boletín estadístico. Bogotá en cifras número 20 (Octubre 2011)

Bogotá Ciudad en Estadísticas. Boletín 22 Densidades Urbanas (2010)

En: <http://www.sdp.gov.co>

Dada la distribución político-administrativa de la ciudad; cobra relevancia revisar también las proyecciones de crecimiento poblacional para 2005-2015 por UPZ cuyo comportamiento coincide con el crecimiento poblacional por localidad (Anexo 2).

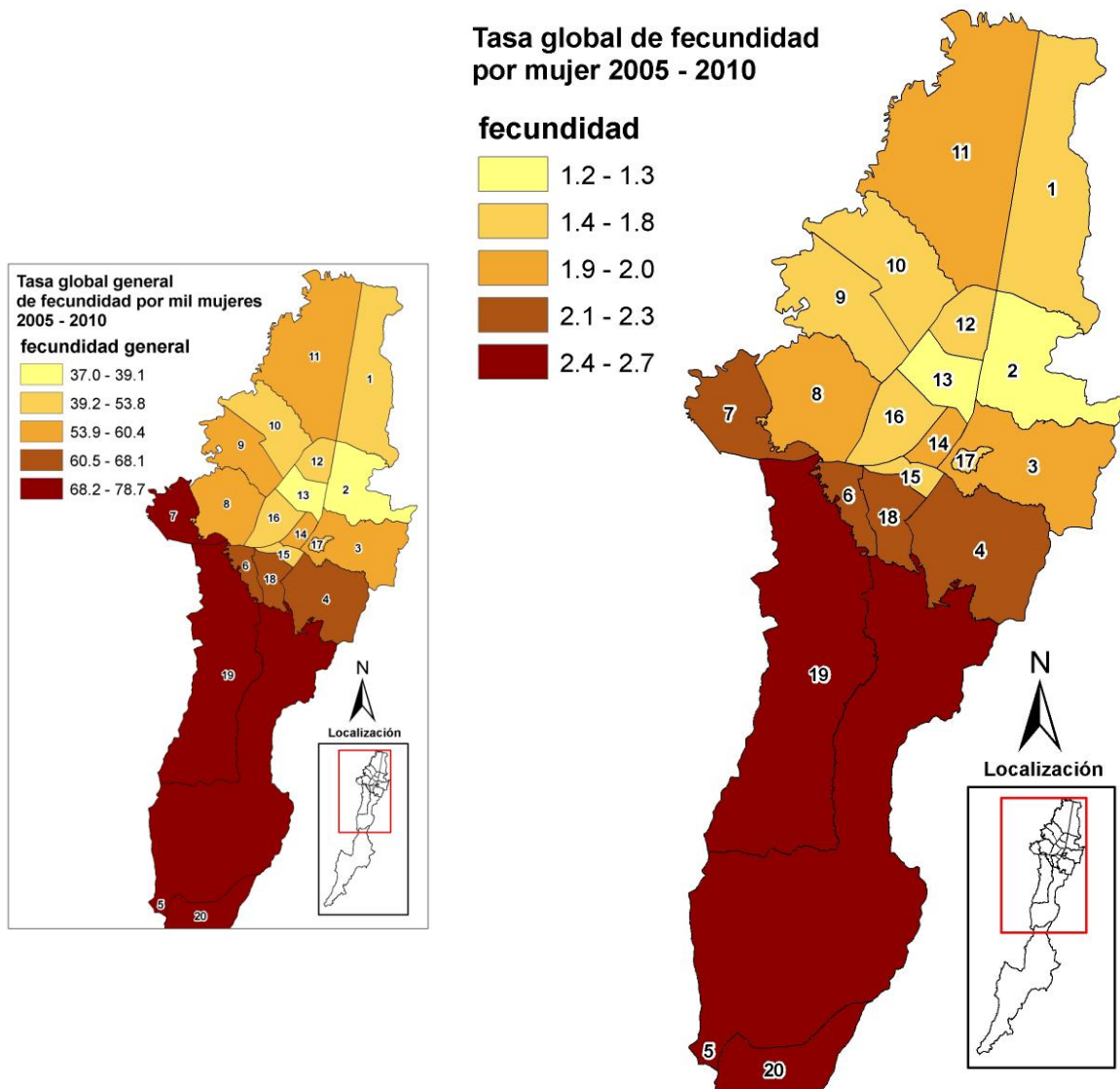
2.4 Fecundidad en Bogotá

La tendencia de la tasa global de fecundidad expresa que entre los años 2010 y 2015, una mujer a lo largo de su período fértil (15 a 49 años), tendrá 1,9 hijos o hijas; esta tasa no proyecta cambio con respecto al periodo 2005-2010.

Del mismo lado, la tasa general de fecundidad indica que entre los años 2005 y 2010 por cada mil mujeres en edad fértil ocurrieron 58,2 nacimientos; para el periodo 2010-2015 el número tiende a disminuir a 56,8 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil.

Las localidades que mayores tasas de fecundidad alcanzaron entre 2005 y 2010 fueron Usme, Ciudad Bolívar, Sumapaz y Bosa (Mapa 5); se proyecta que entre los años 2010 y 2015 este indicador disminuya de manera general en todas las localidades aunque las localidades mencionadas seguirán teniendo las tasas más altas.

Mapa 5. Tasas de fecundidad por localidad. Bogotá, 2005-2010



Fuente: Secretaria Distrital de Planeación. Subsecretaria de Información y Estudios Estratégicos. Inventario de Información en Materia Estadística sobre Bogotá.

Elaboró: Equipo ASIS-SDS

Bogotá tiende a tener indicadores de fecundidad, reproducción y natalidad más bajos con respecto a Colombia, excepto por la edad media de fecundidad que es más alta para Bogotá (Tabla 2).

Tabla 2. Indicadores de fecundidad y reproducción. Bogotá y Colombia estimaciones 2010⁸

Indicador	Unidad	Periodo de tiempo	Bogotá	Colombia
Tasa neta de reproducción	Por mujer	2010-2015	0,9	1,2
Tasa global de fecundidad	Por mujer	2005-2010	1,9	2,5
Tasa general de fecundidad	Por mil mujeres	2005-2010	58,2	74,6
Edad media de fecundidad	Años	2010-2015	28,5	27,7
Tasa bruta de natalidad *	Por mil	2005-2010	16,9	19,9
Razón niños:mujer	Por mujer	Bogotá: 2010-2015 Colombia: 2010	0,3	0,4

Fuente: Fuente: DANE. Proyecciones de Población 2006-2020 consultado en: <http://www.dane.gov.co/files/BoletinProyecciones.pdf> 27 de Enero de 2012

Colombia, Proyecciones Nacionales y Departamentales de Población, 2005-2020. Estudios Postcensales No. 7.

Fuente:Secretaría Distrital de Planeación.Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Inventario de Información en Materia Estadística sobre Bogotá.

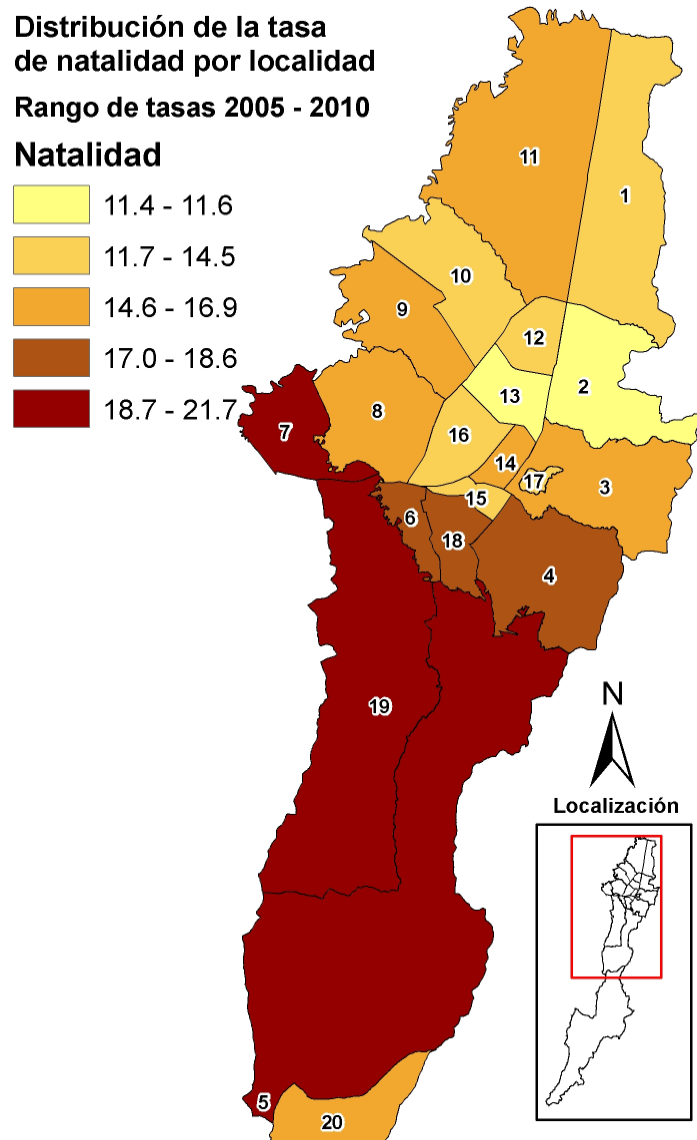
* Bases de datos nacimientos DANE y RUAF preliminares.

2.5 Natalidad en Bogotá

La tendencia de los nacimientos en Bogotá ha tenido un comportamiento decreciente, entre 2008 y 2010 disminuyeron un 6,4%.

Las localidades de Kennedy, y Suba presentaron el mayor número de nacimientos durante el año 2010 generando un 14,3% y un 13,3% del total de nacimientos respectivamente. Las tasas de natalidad más altas entre los años 2005 y 2010 se encontraron en las localidades de Usme (21,7), Ciudad Bolívar (21,3) y Bosa (19,8) (Mapa 6) y estima que entre los años 2010 y 2015 sigan siendo las localidades con tasas de natalidad más altas.

Mapa 6. Comportamiento de la natalidad por localidad. Bogotá, 2005-2015



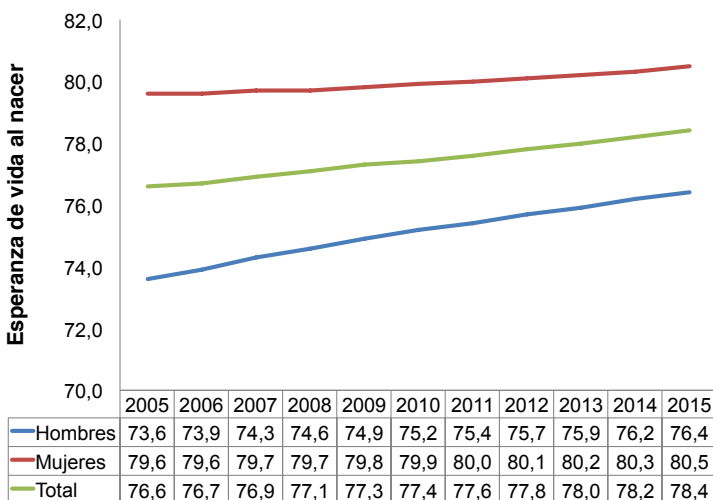
Fuente: Secretaria Distrital de Planeación. Subsecretaria de Información y Estudios Estratégicos. Inventario de Información en Materia Estadística sobre Bogotá.

2.6 Esperanza de vida en Bogotá

La esperanza de vida al nacer de la población de Bogotá ha tenido un incremento constante. Entre los años 2005 a 2010 se ha incrementado en 1,6 años y se proyecta que para el año 2015 aumente 1,2 años más; este indicador tiende a crecer más

rápidamente entre las mujeres que entre los hombres, entre 2005 y 2010 aumento en 0,8 y 0,3 años respectivamente (Figura 2).

Figura 2. Esperanza de vida al nacer. Bogotá, 2005-2015



Fuente: DANE, Secretaria Distrital de Planeación. Consultado el 25 de Enero de 2012 en: <http://sdpapolo013.dapd.gov.co:7778/CE/index.php>

La esperanza de vida al nacer de los bogotanos es más alta que el promedio nacional. Se proyecta que entre 2010 y 2015 el incremento sea mayor a nivel nacional que a nivel distrital aunque esto no lograra que el orden del indicador cambie (Tabla 3)

Tabla 3. Esperanza de vida al nacer. Comparación Colombia y Bogotá, 2005-2010 2010-2015

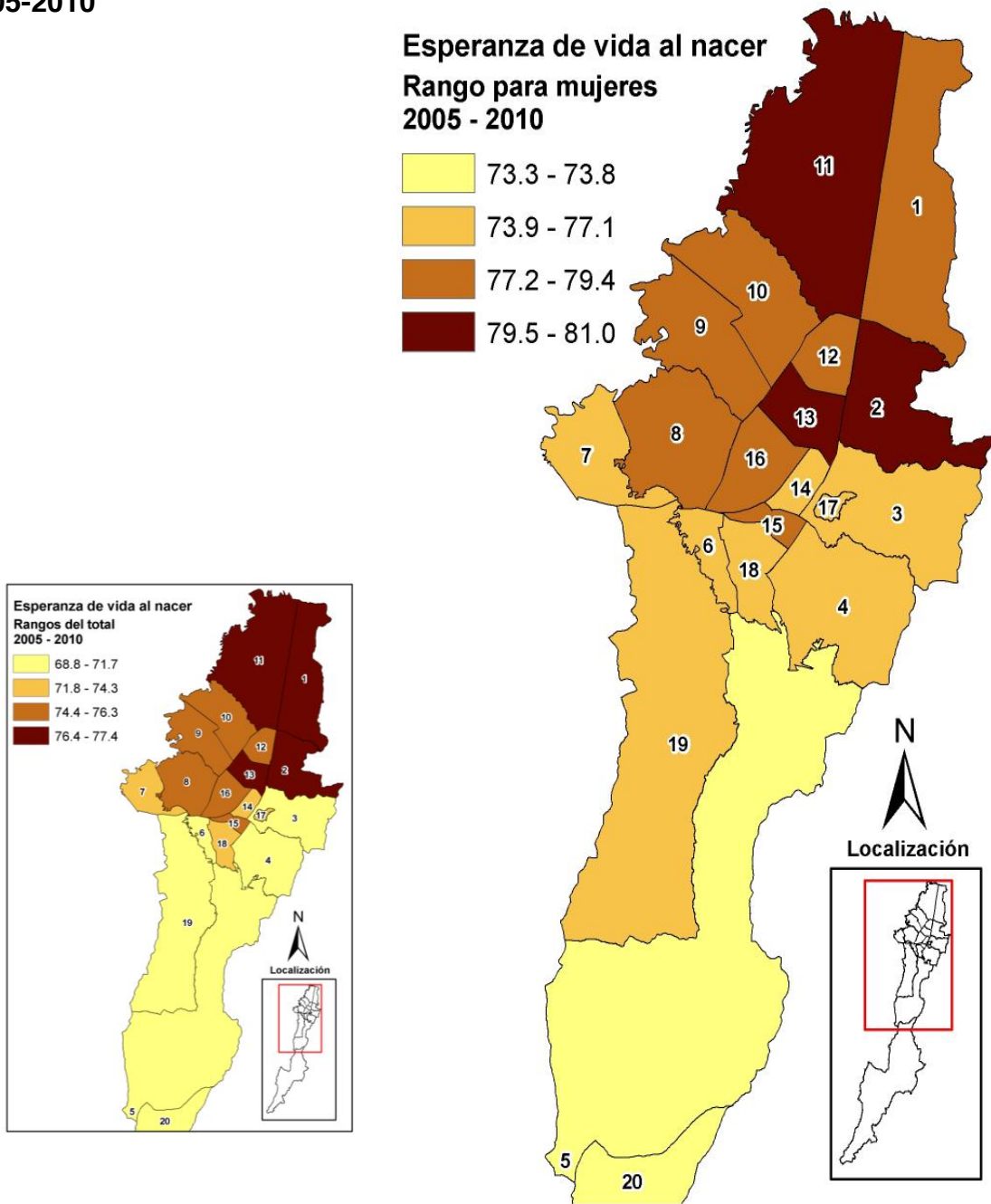
Esperanza de Vida al nacer	Colombia		Variación	Bogotá		Variación
	2005-2010	2010-2015		2005-2010	2010-2015	
Total	74,0	75,2	1,2	77,1	78,0	0,9
Hombres	70,7	72,1	1,4	74,6	75,9	1,3
Mujeres	77,5	78,5	1,0	79,7	80,2	0,5

Fuente Bogotá: DANE, Secretaria Distrital de Planeación. Consultado el 25 de Enero de 2012 en: <http://sdpapolo013.dapd.gov.co:7778/CE/index.php>

Fuente Colombia: Fuente: DANE. Censos y Demografía. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020

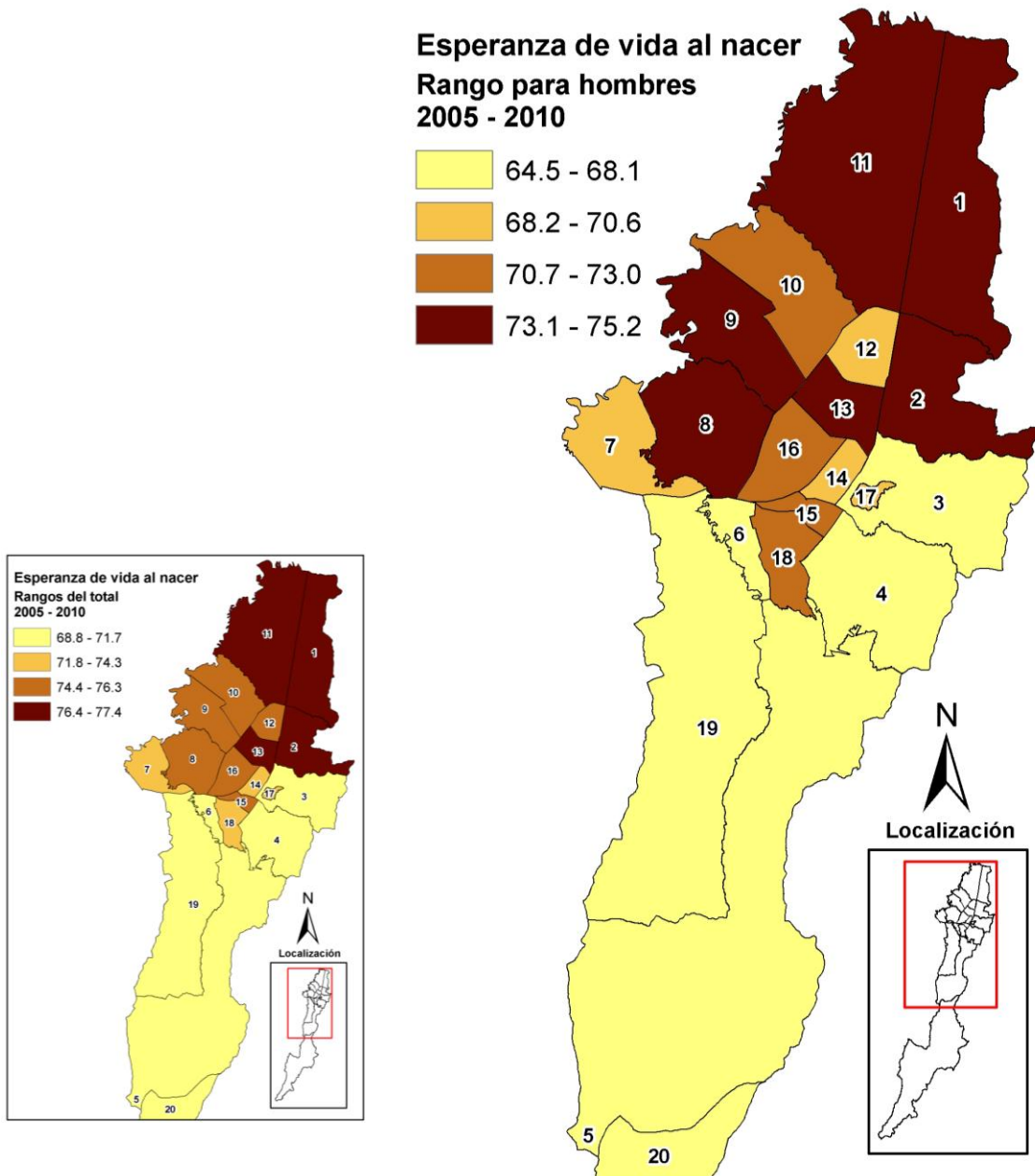
Las localidades que tienen mayor esperanza de vida son las que pertenecen a la región del norte. Se evidencia que a medida que son las localidades se alejan del norte de la ciudad la esperanza de vida también empieza a disminuir y esto sucede tanto para las mujeres (Mapa 7) como para los hombres (Mapa 8).

Mapa 7. Esperanza de vida al nacer para las mujeres según localidad. Bogotá, 2005-2010



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Inventario de Información en Materia Estadística sobre Bogotá.
 Elaboró Equipo ASIS SDS.

Mapa 8. Esperanza de vida al nacer para los hombres según localidad. Bogotá, 2005-2010



Fuente: Secretaria Distrital de Planeación. Subsecretaria de Información y Estudios Estratégicos. Inventario de Información en Materia Estadística sobre Bogotá.
 Elaboró Equipo ASIS SDS.

3 Estructura económica

Los factores económicos son determinantes en la calidad de vida de las personas y afectan directamente su estado de salud. Desde el punto de vista de la equidad, determinan quienes pueden tener acceso o no a los servicios de salud. A continuación se presentan algunos de los indicadores más importantes que conforman la estructura económica de los ciudadanos.

3.1 Estructura productiva (Producto Interno Bruto) PIB percapita (ingreso)

Bogotá genera alrededor de un cuarto del total del PIB del país; sin embargo, es una de las ciudades con más altos índices de desigualdad, donde el 9,2% de su población no tiene satisfechas las necesidades básicas y el 1,4% viven en la miseria (Tabla 4). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), la población que concentra aproximadamente el 80% de la riqueza se encuentra en los estratos alto y muy alto⁹.

Tabla 4. Indicadores económicos. Bogotá, 2010

Nombre del indicador	Valor
PIB (Millones)*	US\$42.59
PIB per capita*	US\$ 5.835
% del PIB total de Colombia*	27,0%
Crecimiento económico*	4,0%
Inflación*	3,3%
Indice de Gini (2009)**	0,51
Indice de Desarrollo Humano (2007) ***	0,8
Población en Necesidades Básicas Insatisfechas (%) ****	9,2%
Proporción de Personas en miseria ****	1,4%

*<http://www.investinbogota.org/bogotaencifras>. Investigación en Bogotá con base en estimaciones de la Secretaría Distrital de Hacienda

**2003, 2007 ECV -DANE- SDP; 2004 -2006 Informe de Desarrollo Humano para Bogotá - PNUD; 2008 -2009 DNP – MESEP

*** Informe de Desarrollo Humano para Bogotá - PNUD 2008

****http://www.dane.gov.co/censo/files/resultados/NBI_total_cab_resto_mpio_nal_31jul10_des.xls

3.2 Accesibilidad a servicios públicos

Para el año 2010, los servicios de acueducto, saneamiento y electricidad tienen una cobertura mayor al 99,0%, más del 80,0% de la población tiene cobertura de gas por

tubería y telefonía móvil o fija y tan solo un tercio aproximadamente de la población tiene cobertura de internet (Tabla 5).

Tabla 5. Cobertura de servicios públicos. Bogotá, 2009

Servicio	Valor
Acueducto	99,8%
Alcantarillado	99,7%
Electricidad	99,9%
Gas por tubería	85,2%
Gas por Cilindro	14,9%
Recolección de basuras	99,4%
Telefonía fija	84,4%
Telefonía móvil	88,9%
Internet	36,2%

Fuente: http://camara.ccb.org.co/documentos/6055_observatorio_de_la_region_bogota_cundinamarca_no_9.pdf

El bien de consumo duradero que con mayor frecuencia poseen los bogotanos es el televisor seguido del teléfono celular; en cuanto a los medios de transporte en orden se encuentran la bicicleta, el carro y la motocicleta (Tabla 6).

Tabla 6. Porcentaje de hogares con bienes de consumo duradero. Bogotá, de 2010

Nombre del bien	Porcentaje
Radio	88,4%
Televisión	98,5%
Teléfono fijo	73,4%
Teléfono celular	95,7%
Refrigerador	85,6%
Motocicleta	6,6%
Carro	20,5%
Bicicleta	32,7%
Ninguno de los anteriores	0,1%

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010

3.3 Índices de empleo y desempleo

A continuación se presentan los principales indicadores que definen el estado de empleo y desempleo de los bogotanos, se aprecia que el 80,6% de la población se encuentra en edad de trabajar y la tasa de desempleo es de 11,2% (Tabla 7).

Tabla 7. Indicadores laborales. Bogotá, 2010

Nombre del indicador	Valor
Población en edad de trabajar 2010 (en miles de personas)	5,969
Población económicamente activa 2010 (en miles de personas)	4,169
Ocupados (en miles de personas)	3.701
Desocupados (en miles de personas)	468
% Población en edad de trabajar	80,6%
Tasa general de participación	69,8%
Tasa de Ocupación	62,0%
Tasa de Desempleo	11,2%
Tasa de Subempleo objetivo	14,0%
Tasa de Subempleo subjetivo	32,4%

Fuente: <http://www.bogotatrabaja.gov.co/>

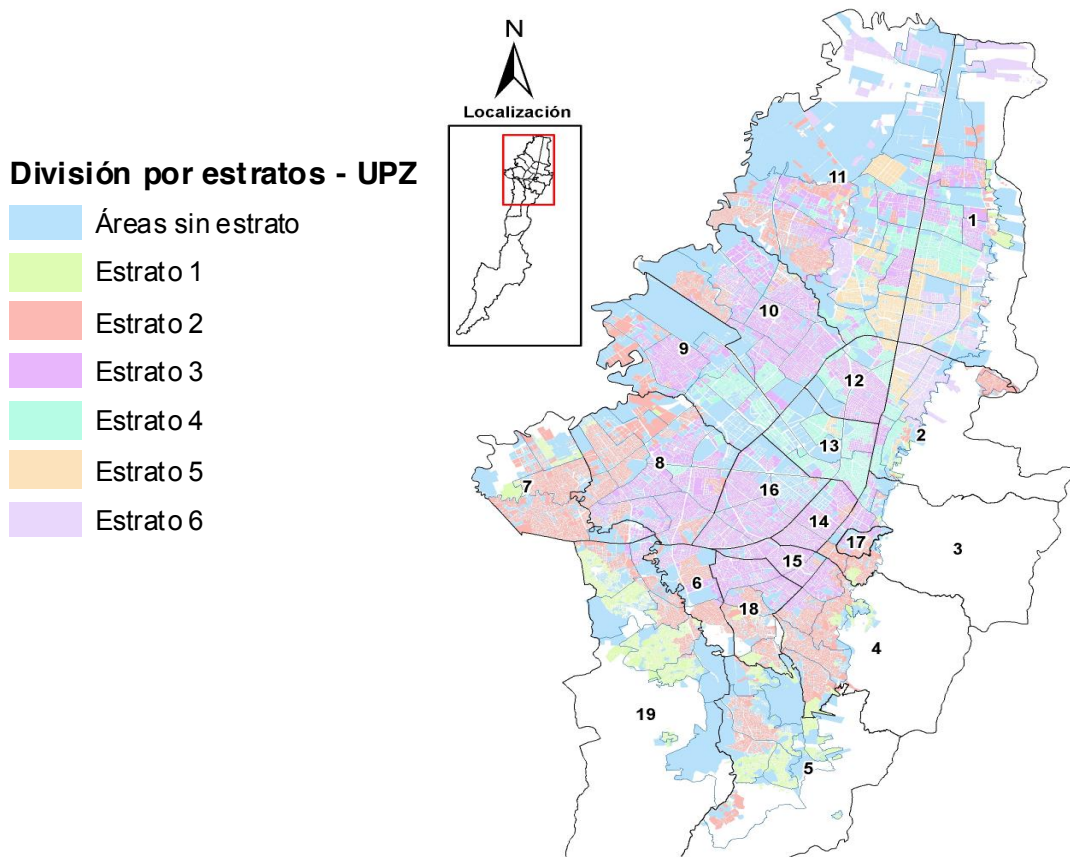
3.4 Estructura poblacional por estratos

Bogotá muestra una estructura de estratificación del territorio con seis estratos para zonas residenciales y una clasificación especial para las áreas comerciales, industriales e institucionales.

En Bogotá predomina el estrato 3, aunque se evidencian unas claras concentraciones de estrato 1 y 2 en la periferia y en la zona sur entre las localidades de Usme Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Tunjuelito, Rafael Uribe Uribe y Bosa entre otras.

Las áreas en las que a continuación no se presenta estratificación corresponden a áreas rurales y de expansión que usan otro tipo de estratificación rural (Mapa 9)

Mapa 9. División de estratos por UPZ. Bogotá, 2010



Fuente: Inventario de Información en materia estadística sobre Bogotá. Dirección de información, Cartográfica y Estadística. Subsecretaría de información y Estudios Estratégicos. Secretaría Distrital de Planeación. Fecha de consulta 06/10/2011. Elaboró: Equipo ASIS-SDS

3.5 Acceso al sistema de seguridad social en salud (SGSSS)

Para el año 2010 aproximadamente el 80% de las personas tienen algún tipo de vinculación al SGSSS. El régimen que mayor número de afiliados tiene es el contributivo seguido del subsidiado (Tabla 8)

Tabla 8. Vinculación al sistema de seguridad social en salud por régimen de afiliación. Bogotá, 2010

Vinculación al sistema de seguridad social en salud por régimen de afiliación	No. Personas *	% población
Régimen Contributivo	5.156.073	66,8%
Régimen Subsidiado	1.319.709	21,1%
Régimen Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, etc)		2,8%
Personas No afiliadas al SGSSS (Población Vinculada)	888.000	8,9%
No sabe		0,4%

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010

* Dirección de Aseguramiento y Dirección de Planeación y Sistemas, Secretaria Distrital de Salud, Bogotá, 2010.

Según la encuesta de calidad de vida para el año 2010, el 88,7% del total de la población del país esta afiliada a algún régimen, al mismo tiempo reporta que el 92,9% de la población de Bogotá esta afiliada a algún régimen de salud.

El 47,5% y el 70,9% pertenecen al régimen contributivo para Colombia y Bogotá respectivamente; de igual forma el 52,0% y el 28,7% pertenecen al régimen subsidiado. Los datos reportados por la encuesta de calidad de vida del año 2010 y los suministrados por la Dirección de Aseguramiento y la Dirección de Planeación y Sistemas son coincidentes.

Capítulo 2: Salud y bienestar

Este capítulo se desarrolla de acuerdo a la perspectiva local y distrital y analiza la tendencia de los indicadores en los últimos años.

Se presentan cuatro subcapítulos que contienen los indicadores que describen y permiten analizar el estado de salud de las personas de acuerdo a los siguientes títulos: Estado de salud y bienestar de los niños y jóvenes; estado de salud de los adultos y estilos de vida; morbilidad y deterioro de la salud y para finalizar: causas de muerte.

De esta manera se pretende hacer un análisis integral del estado de salud de la personas que habitan el distrito incluyendo no solo información de mortalidad y morbilidad, sino entendiendo el diagnóstico como una herramienta que informa y analiza los determinantes de la salud.

Al principio de cada ítem se presenta un cuadro que muestra la variación local de los indicadores de acuerdo a los valores distritales; y luego se desarrolla cada indicador con analizando la tendencia que ha seguido en los últimos cinco años.

4 Estado de salud de los niños y jóvenes

A continuación se presenta la dinámica de los indicadores locales tomando como referencia los valores distritales.

Los cuadros se encuentran coloreados en verde o rojo cuando el indicador de la localidad es significativamente mejor o peor que el indicador distrital, basándose en intervalos de confianza del 95%. La razón de tasas y los intervalos de confianza se calcularon usando el método de Miettinen (Tabla 9).





	El indicador de la localidad es significativamente mejor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No hay diferencias estadísticamente significativas entre el indicador de la localidad y el del distrito
	El indicador de la localidad es significativamente peor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No se calculó significancia estadística

Tabla 9. Indicadores de salud y bienestar los niños y jóvenes. Bogotá y sus localidades, 2010

Indicador	Periodo de tiempo	Unidad de medida	Bogotá	Usaquén	Chapinero	Santa Fe	San Cristóbal	Usme	Tunjuelillo	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativá	Suba	Barrios Unidos	Teusaquillo	Mártires	Antonio Nariño	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz	Sin dato de localidad	
Nutrición																									
Desnutrición crónica																									
0 a 4 años	2010	Porcentaje	19,3	19,4	19,6	25,4	24,8	23,1	17,7	18,7	15,9	15	15,6	17,8	15,6	15,1	17,9	18,1	14,1	18,6	21,3	24,6	22,2	18,9	
5 a 9 años	2010	Porcentaje	12,4	14,1	10,1	14,8	16,6	15,7	12,4	11,4	12,1	8,6	9,1	11,0	9,7	10,2	9,4	14,3	10,8	16,0	12,0	14,5	17,3	11,7	
10 a 17 años	2010	Porcentaje	9,9	9,6	14,7	16,1	12,0	17,6	9,2	8,1	8,9	8,4	8,5	7,2	9,3	5,8	9,0	10,3	7,7	16,1	10,6	11,0	21,0	8,5	
Desnutrición aguda																									
0 a 4 años	2010	Porcentaje	1,7	1,9	1,6	1,2	1,9	1,4	1,8	2,2	1,5	1,7	1,5	1,7	1,3	1,7	1,6	1,3	1,2	1	1,9	1,1	2,1	3,3	
Porcentaje de delgadez en niñas y niños de 5 a 9 años	2010	Porcentaje	0,8	1,1	0,3	0,5	1	0,8	1,5	0,8	0,7	0,6	0,9	0,6	0,5	0,5	0,5	1,2	1	0,9	0,9	0,9	0,6	0,5	
Porcentaje de delgadez en niñas y niños de 10 a 17 años	2010	Porcentaje	1,3	1	1,5	1,8	1,6	1,2	1,1	1,5	1,3	1	1,4	1,2	0,8	1,8	1,2	1,8	1,5	2	1,4	1,9	0,3	1,4	
Porcentaje de exceso de peso (Sobrepeso y obesidad de 5 a 9 años)	2010	Porcentaje	18,6	18,9	18,5	15,6	18,0	15,8	19,5	19,5	18,6	22,8	20,5	19,9	22,0	16,3	17,5	21,2	22,8	20,4	18,0	14,1	23,5	19,8	
Porcentaje de exceso de peso (Sobrepeso y obesidad de 10 a 17 años)	2010	Porcentaje	23,4	24,6	18,5	22,1	19,1	23,1	26,0	24,5	25,1	25,8	24,0	22,2	25,5	24,5	28,5	25,6	26,0	25,7	24,4	21,0	21,9	22,7	
Desnutrición global																									
0 a 4 años	2010	Porcentaje	5,3	5,6	5,9	6,5	7,1	5,9	5,3	5	4,3	4,6	4,6	4,7	5	5,1	5,7	5,4	3,7	5,6	6,5	5,5	4,7	6,1	
prevalencia de bajo peso al nacer	2010	Porcentaje	12,9	12,4	14,3	13,5	14,6	14,2	13,8	13,1	12,5	11,2	12,5	12,2	13,9	11,6	14,1	10,9	12,6	13,8	12,9	13,4	8,6	15,4	
Salud sexual y reproductiva																									
Nacimientos en adolescentes (10 a 14 años)	2010	Número de nacimientos	515	22	3	11	54	43	12	52	69	15	24	52	5	2	8	1	2	6	39	92	0	3	
Nacimientos en adolescentes (15 a 19 años)	2010	Número de nacimientos	19.325	672	167	378	1.744	1.529	618	2.282	2.634	629	1.349	1.975	177	66	217	168	412	57	1.220	2.838	7	186	
Interrupción voluntaria del embarazo en menores de 20 años	2010	Número de casos	20	0	0	0	0	1	0	3	3	3	0	2	0	1	0	1	2	1	0	1	0	2	
Malformaciones congénitas																									
Prevalencia de malformaciones congénitas	2010	Tasa por 1.000 nacidos vivos	4,5	4,4	4,2	1,8	3,9	2,8	4,6	3,5	4,6	5,2	3,7	6,2	0,0	7,3	0,8	4,4	5,1	10,4	3,1	3,0	0,0	0,0	
Salud mental																									
Número de mujeres menores de 18 años agredidas	2010	Número de casos	8.620																						
Número de hombres menores de 18 años agredidos	2010	Número de casos	6.704																						
Coberturas administrativas de vacunación																									
Población menor de 1 año																									
Antipolio	2010	Porcentaje	94,2	101,4	98,5	87,6	97,7	95,9	88,8	95,5	91,1	95,3	95,9	90,0	94,4	87,5	70,0	87,2	95,2	80,4	99,7	93,4	75,0	0,0	
D.P.T.	2010	Porcentaje	94,2	101,5	98,5	88,5	97,3	95,8	88,9	95,5	91,1	95,2	95,8	90,0	94,2	87,8	70,1	87,3	95,2	83,3	100,0	93,4	75,0	0,0	
B.C.G.	2010	Porcentaje	101,1	127,6	122,7	1,5	199,5	7,7	127,2	33,0	72,5	29,7	57,6	57,0	240,9	688,8	343,3	0,0	91,0	2,4	60,5	75,4	16,7	0,0	
Hepatitis B	2010	Porcentaje	93,8	98,6	97,4	88,7	97,8	95,9	88,9	95,6	91,1	95,5	95,8	88,7	94,1	86,9	68,6	87,3	95,2	83,3	100,1	93,7	75,0	0,0	
Haemophilus	2010	Porcentaje	94,2	101,5	98,5	88,5	97,3	95,8	88,9	95,5	91,1	95,2	95,8	90,0	94,2	87,8	70,1	87,3	95,2	83,3	100,0	93,4	75,0	0,0	
Rotavirus	2010	Porcentaje	91,4	104,7	101,7	82,4	89,2	88,4	86,5	86,9	88,9	94,8	90,4	85,5	101,4	89,4	65,1	81,1	97,2	70,8	96,5	87,8	71,7	0,0	
Población mayor de 1 año																									
Triple viral	2010	Porcentaje	97,5	106,8	103,7	93,2	99,5	94,9	91,8	98,8	96,0	99,5	101,3	93,8	96,9	88,7	69,3	92,2	102,1	79,5	103,8	92,4	80,0	0,0	
Neumococo	2010	Porcentaje	94,0	109,0	92,9	89,0	96,1	92,1	90,5	96,1	89,2	94,4	99,9	90,7	95,3	87,0	65,2	90,6	98,7	74,9	100,6	89,0	72,3	0,0	
Fiebre amarilla	2010	Porcentaje	69,9	74,5	63,0	77,6	70,9	59,8	66,6	67,8	71,8	75,1	75,7	67,1	68,5	69,1	55,3	65,0	75,1	66,5	73,3	70,3	83,1	0,0	
Hepatitis A	2010	Porcentaje	57,0	71,5	61,4	69,8	69,7	48,2	59,6	45,5	58,0	59,5	64,7	51,0	48,5	53,9	51,1	46,0	61,4	61,9	56,5	52,2	78,9	0,0	

Fuente:

Nutrición: Fuente: Vigilancia en Salud Pública SISVAN. Patrón de Referencia NCHS. Fuente 2009 y 2010: Información preliminar DANE-RUAF, estadísticas vitales SDS. Fecha de corte 18 de Abril de 2011.

Fuente 2011: SISVAN SDS. Fecha de corte: 30 de Octubre de 2011.

Salud sexual y reproductiva:

Salud Mental: SIVIM SDS. Fecha de revisión 3 de Febrero de 2012

Coberturas administrativas de vacunación: PAI-SDS

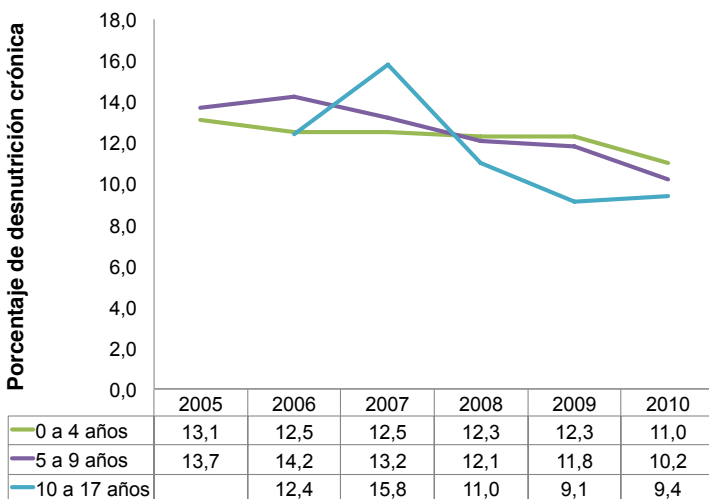
4.1 Desnutrición crónica

El indicador talla para la edad, mide la velocidad de crecimiento en un periodo de tiempo y permite determinar el retraso en el crecimiento, definido como desnutrición crónica.

El retraso del crecimiento, refleja la acumulación de consecuencias de la falta de una alimentación adecuada durante los años más críticos del desarrollo de los niños (desde la etapa intrauterina hasta los tres primeros años). Sus efectos son en gran medida irreversibles y se relacionan estrechamente con la extrema pobreza.

En general el indicador evidencia una tendencia decreciente para todos los grupos de edad, en el año 2007 se observa una elevación del indicador en las niñas y niños entre 10 y 17 años (Figura 3).

Figura 3. Porcentaje de desnutrición crónica en niñas y niños de 0 a 17 años. Bogotá, 2005 - 2010



Fuente: Vigilancia en Salud Pública SISVAN
Patrón de Referencia NCHS.

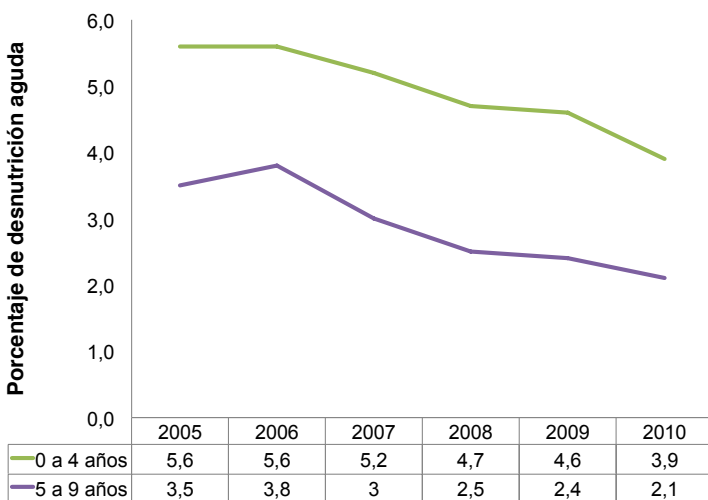
4.2 Desnutrición aguda

El indicador peso para la talla o índice de masa corporal (IMC), mide el peso corporal con relación a la talla. Permite determinar el déficit de peso respecto a la talla definido como desnutrición aguda, enflaquecimiento o delgadez para el caso de los niños y niñas mayores de diez años. Este tipo de desnutrición es el resultado de múltiples factores: enfermedades infecciosas frecuentes, prácticas inadecuadas de alimentación e higiene, ambiente insalubre, consumo insuficiente de alimentos nutritivos, entre otras. Todas ellas asociadas generalmente a la pobreza de la familia, bajo nivel educativo,

escasa inversión social, falta de priorización en los grupos más vulnerables y uso ineficiente de los recursos.

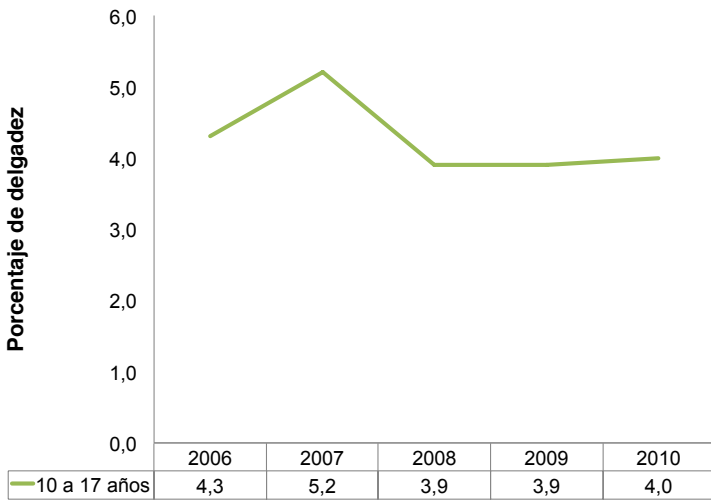
El porcentaje de desnutrición para las niñas y niños entre 0 y 9 años ha seguido una tendencia decreciente (Figura 4); mientras tanto, la tendencia del porcentaje de delgadez para las niñas y niños entre 10 y 17 años presentó un notable incremento en el año 2007 llegando a un 5,2%; entre 2008 y 2010 la tendencia de este indicador ha sido constante con una leve tendencia al incremento (Figura 5).

Figura 4. Porcentaje de desnutrición aguda en niñas y niños de 0 a 9 años. Bogotá, 2005 - 2010



Fuente: Vigilancia en Salud Pública SISVAN
Patrón de Referencia NCHS.

Figura 5. Porcentaje de delgadez en niñas y niños de 10 a 17 años. Bogotá, 2006 - 2010



Fuente: Vigilancia en Salud Pública SISVAN
 Patrón de Referencia NCHS.

4.3 Desnutrición global

El indicador peso para la edad refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica y está influido por la talla y peso del niño considerándose un indicador compuesto que refleja ampliamente las condiciones estructurales en seguridad alimentaria y nutricional de una población. La presencia de retraso ponderal incrementa el riesgo de morbi-mortalidad e inhibe el desarrollo cognitivo y físico de las niñas y los niños, afectando su estado de salud de manera crónica y su potencial productivo futuro, con consecuencias económicas y sociales tanto para la persona, familia, comunidad y país.

En general la tendencia de este indicador ha seguido una tendencia decreciente siendo más notorio el descenso para los niños entre 5 y 9 años (Figura 6).

Figura 6. Porcentaje de desnutrición global en niñas y niños de 0 a 9 años. Bogotá, 2005 - 2010



Fuente: Vigilancia en Salud Pública SISVAN
Patrón de Referencia NCHS.

4.4 Prevalencia de bajo peso al nacer

Este indicador expresa el porcentaje de nacidos vivos con un peso al nacer inferior a 2500 gramos sin tener en cuenta edad gestacional.

Para Bogotá, los nacimientos con bajo peso, constituyen una lamentable realidad que cobija a cerca del 12.5% del total de nacidos vivos anualmente. Dentro de los factores, que desde la revisión basada en la evidencia y desde la aproximación que se ha hecho con las investigaciones epidemiológicas de campo del SISVA¹; explican la presentación del evento están la amenaza de parto pre-término, ruptura prematura de membranas, presencia de pre eclampsia, infecciones urinarias, vaginosis, hemorragias, edad de la madre, deficiencia en el incremento de peso durante la gestación, periodo intergésico corto y determinantes psicosociales como el estado civil de la madre y el embarazo no planeado.

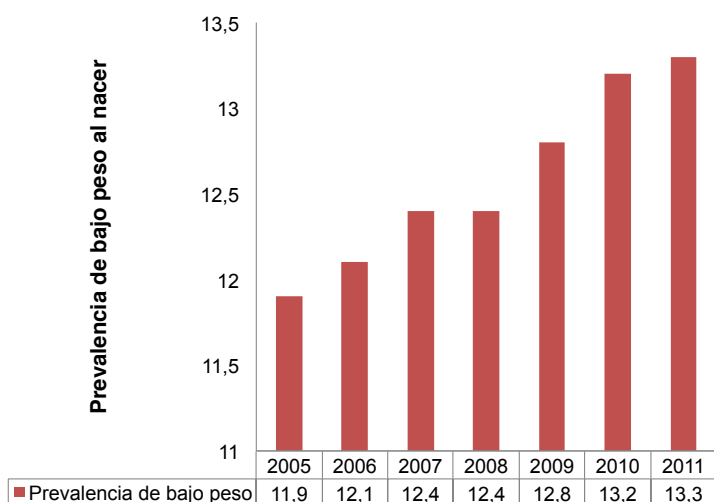
Este panorama revela que el bajo peso al nacer en Bogotá, tiene su origen en factores asociados a condiciones de accesibilidad y calidad en los servicios de salud para la

¹ Las Investigaciones epidemiológicas de campo al recién nacido a término con bajo peso se definen como un conjunto de acciones tendientes a evaluar la situación de salud y nutrición del recién nacido en el hogar, realizar recomendaciones específicas a la familia y/o cuidadores que contribuyan a desarrollar habilidades y competencias en la familia para el cuidado del recién nacido durante el primer año de vida.

madre gestante y a problemas de carácter social y económico relacionados con la imposibilidad de tener una adecuada alimentación durante el período de gestación.

La tendencia muestra que es un evento que va en ascenso pasando de 11,9% en el 2005 a 13,2 en el 2010; entre Enero y Octubre del año 2011 se han notificado 11.736 casos de bajo peso al nacer lo que corresponde a un 13,3% (Figura 7).

Figura 7. Prevalencia de bajo peso al nacer. Bogotá, 2005 - 2010 - Enero a Octubre de 2011.



Fuente 2009 y 2010: Información preliminar DANE-RUAF, estadísticas vitales SDS. Fecha de corte 18 de Abril de 2011

Fuente 2011: SISVAN SDS. Fecha de corte: 30 de Octubre de 2011.

Entre febrero y marzo del año 2010 en las 20 localidades de la ciudad se llevó a cabo el análisis de las tendencias del bajo peso al nacer con el fin de identificar los factores relacionados con dicho evento. En el componente cualitativo se realizaron grupos focales con personas de la comunidad y con actores institucionales, coordinados por las y los epidemiólogos referentes de las Salas Situacionales locales.

4.4.1 Causas asociadas al bajo peso al nacer.

A partir de la información analizada se identifican situaciones estructurales como las condiciones económicas de la población, el orden público, la violencia, la pobreza y el desempleo lo cual conlleva a que un número significativo de la población no puede suplir sus necesidades básicas y entre ellas sus requerimientos nutricionales y de salud. El tema de la seguridad alimentaria y nutricional aparece vinculado de manera importante con el bajo peso al nacer, debido a que la población no cuenta con los recursos económicos para acceder a una alimentación que cumpla con los

requerimientos nutricionales. De otra parte, se reconoce, que los niveles educativos sumados a los conocimientos y hábitos alimenticios de la población inciden para que las mujeres gestantes no tengan una dieta con los nutrientes requeridos. En algunas localidades se reconoce el consumo de sustancias psicoactivas y desordenes alimenticios como la anorexia y la bulimia asociados al BPN.

El embarazo adolescente y los embarazos no deseados se reconocen vinculados al bajo peso al nacer junto con el inicio tardío y/o poca adherencia a los controles prenatales. Desde el sector salud se identifican dificultades con el aseguramiento, acceso y atención a las gestantes, principalmente cuando ésta requiere atención en los niveles II y III. Es pertinente resaltar que se identifica que éstas barreras de aseguramiento y de atención inciden en oportunidad y adherencia de las mujeres a los controles prenatales, fundamentales para brindar información sobre el cuidado, signos y síntomas ante los cuales la gestante debe acudir al servicio de salud, al mismo tiempo se configuran como espacios fundamentales para la identificación oportuna de riesgos y enfermedades de las gestantes.

Reconociendo que el bajo peso al nacer es una situación en la que confluyen diversas problemáticas que involucran diferentes sectores, se identifica una incipiente articulación entre los diferentes actores y sectores encargados de las acciones y las políticas públicas lo cual incide en la respuesta y la gestión que el sector salud puede desarrollar para impactar el bajo peso al nacer. En lo que le corresponde al sector salud, se identifica que los recursos humanos, técnicos, tecnológicos, físicos y financieros destinados al abordaje y atención del bajo peso no son suficientes. Se mencionan problemas con la cobertura y la articulación de programas destinados a intervenir en el evento, así como dificultades en la capacidad técnica y humana de parte de los profesionales de la salud.

Frente a las estrategias comunicativas se identifica que éstas son insuficientes; e inconstantes en el tiempo; sus lenguajes no son claros; la cobertura es limitada y no cuentan con reconocimiento por parte de la comunidad.

En la atención del bajo peso al nacer se reconocen dificultades importantes frente a la organización y operacionalización del Sistema de Seguridad Social en Salud SGSSS. Aparecen barreras de acceso por dificultades con el aseguramiento o por lejanía de los lugares de atención, las EPS contratan los servicios de atención de las maternas en localidades distantes a sus residencias. En el primer y segundo nivel de atención y en los procesos de referencia y contrarreferencia se presentan dificultades para el acceso oportuno y la atención con calidad.

Entre las acciones que la SDS ha adelantado para evitar nacimientos de menores con bajo peso y acciones para la atención de dichos menores se identifica:

Acciones para evitar el nacimiento de menores con bajo peso.

- Consultas control prenatal.
- Vinculación de la familia gestante al centro de salud.
- Divulgación de las 17 prácticas saludables.
- Acciones de seguridad alimentaria.
- Capacitación en al personal de salud en estrategias: Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (AIAMI); Institución Amiga de la Familia y la infancia (IAFI) y Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).
- Remisión y articulación a programas de alimentación.
- Promoción de la lactancia materna.
- canalizaciones a Secretaria de Integración Social, ICBF.
- Cursos de preparación de maternidad y paternidad.
- Entrega de micronutrientes.
- Ruta saludable de las gestantes.
- Jornadas por la salud materna.
- Día de la familia gestante.
- Consultas de Promoción y Prevención P y P.
- Gestantes escolarizadas: Ámbito escolar.
- Gestantes de bajo peso: Ámbito familiar.

Acciones en menores nacidos con bajo peso.

- Remisión de los menores de bajo peso al programa canguro.
- Visitas domiciliarias a los recién nacidos con bajo peso.
- Vinculación a programas control de crecimiento y desarrollo.
- Remisión casos bajo peso al nacer a otros niveles de atención
- Seguimiento desde el PAI y la estrategia AIEPI.
- Controles y seguimientos por parte del área de vigilancia epidemiológica a los recién nacidos de bajo peso por parte del SISVAN.

4.4.2 Determinantes sociales de la salud asociados al bajo peso al nacer.

El bajo peso al nacer es un indicador del nivel de salud materno-infantil, evalúa la calidad del control prenatal, siendo una causa de morbi-mortalidad en menores de año y así mismo, es un predictor de la calidad de vida de la población. En la unidad de

análisis adelantada en el marco de la Sala Situacional, se reconocen determinantes estructurales, intermedios y proximales vinculados al BPN.

4.4.2.1 Determinantes estructurales

Las condiciones económicas, el orden público, la violencia, la pobreza, el desempleo y el desplazamiento que enfrenta el país son reconocidos como determinantes estructurales del BPN. De la mano de estos determinantes aparece la inseguridad alimentaria y nutricional de las comunidades que incide para que se presenten nacimientos de menores con bajo peso, bien sea porque la madre presenta déficit nutricional antes de haber empezado la gestación o durante esta. La falta de acceso a la alimentación muestra las precarias condiciones que se traducen en condiciones de exclusión e inequidad de un porcentaje significativo de la población en el país.

Se identifica el SGSSS y de éste el modelo fragmentado de aseguramiento y atención individual como un determinante estructural vinculado al bajo peso al nacer ya que limita el acceso y la atención que puede recibir una mujer durante el periodo de gestación, atención fundamental para el reconocimiento oportuno de riesgos y enfermedades. Algunas políticas públicas y programas asistenciales dirigidos a las gestantes se perciben como poco ajustados a las necesidades de la población y en ese sentido determinantes estructurales del BPN en la medida que no responden a las necesidades de intervención que requiere la problemática.

4.4.2.2 Determinantes intermedios

El acceso y la calidad de la atención del SGSSS se identifican como determinantes intermedios del bajo peso al nacer. Frente al acceso aparecen las barreras geográficas cuando a las mujeres se les atiende fuera de sus localidades situación que implica tiempos de desplazamiento e inversión de recursos económicas que algunas no disponen. Se reconocen dificultades con la realización de exámenes y con la entrega de medicamentos y de micronutrientes. Cuando la gestante requiere atención de segundo y tercer nivel se encuentra con barreras administrativas que impiden una atención oportuna. En algunos hospitales para solicitar citas médicas, las personas deben llegar en horas de la madrugada y en otros sólo se asignan citas una vez a la semana. Todo lo anterior interfiere en el inicio de los controles prenatales y la adherencia de las mujeres a los mismos.

Se evidencian también limitaciones en los recursos físicos y humanos para abordar de manera integral la problemática. La cobertura no es suficiente para atender a la población; los programas de P y P no están articulados y se reconocen falencias

técnicas y humanas de parte de los profesionales encargados de la atención a las gestantes.

La información sobre cuidados, alimentación e identificación del riesgo no es transmitida de forma clara de parte de los profesionales de la salud a las gestantes y sus familias; adicionalmente se evidencia que el trato de éstos en ocasiones no es amable ni cercano, y no reconoce las particularidades y contextos de las pacientes. Todo esto termina incidiendo en la oportunidad de recibir atención con calidad, en la adherencia a los controles prenatales y en la identificación oportuna de los riesgos de parte de los servicios de salud y de la gestante.

4.4.2.3 Determinantes proximales

Se identificaron como determinantes proximales factores asociados a los contextos de las mujeres. Al respecto se reconocen débiles redes de apoyo para las gestantes; estructuras familiares diferentes a la nuclear en las que las mujeres están a cargo del cuidado de sus hijos e hijas y relaciones problemáticas al interior de las familias todo lo cual termina afectando el proceso de gestación.

En las unidades de análisis se identifica que las condiciones psicosociales de la madre inciden para que se presente el evento, ya que un embarazo no deseado, no planeado, que no cuenta con el apoyo de la pareja, o que llega en una etapa de la vida como la adolescencia, afecta las condiciones físicas y emocionales de la gestante. Se reconoce por ejemplo que estas situaciones inciden para que las mujeres inicien sus controles prenatales de manera tardía, oculten el embarazo y presten menor atención a los cuidados del mismo.

Los embarazos en adolescentes se reconocen como un determinante proximal del BPN, puesto que las jóvenes en esta etapa de la vida no cuentan con las condiciones físicas, económicas y emocionales para vivir un embarazo. La presencia de embarazos no planeados pone de relieve la necesidad de mayor información y acceso a educación sexual y reproductiva así como a métodos anticonceptivos.

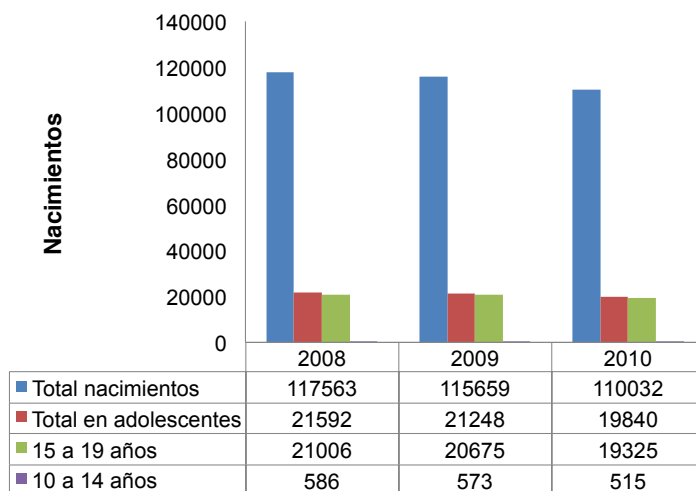
La multiparidad; los periodos intergenesicos cortos; los embarazos en mujeres mayores de 35 años; enfermedades como las anemias, infecciones del tracto urinario y genital, preclampsia, sífilis gestacional; el inicio del embarazo con bajo peso y/o la mala nutrición durante éste; la no asistencia y/o poca adherencia a los controles prenatales y el consumo de sustancias psicoactivas también se reconocen como determinantes proximales del bajo peso al nacer.

Adicionalmente, se identifica que las mujeres y las familias no poseen información adecuada sobre los cuidados requeridos en la etapa gestacional, especialmente de las necesidades nutricionales de la gestante. Si bien el consumo de alimentos esta relacionada principalmente con las condiciones económicas que pueden favorecer o afectar el acceso a una alimentación nutritiva, en algunos casos se relaciona con los hábitos y costumbres alimenticias que las familias y mujeres gestantes tienen y en otros con nuevas construcciones sociales sobre la belleza que interactúan con el proceso gestacional, es el caso de la anorexia y la bulimia, así como la exaltación del no aumento de peso durante el embarazo, lo cual termina incidiendo en el nacimiento de menores con un peso inferior a los 2.500 gramos.

4.5 Nacimientos en adolescentes

En el año 2010 los nacimientos en adolescentes representaron el 18,0% del total de nacimientos, de los cuales, el 97,4 ocurrieron en adolescentes entre 15 y 19 años, y el restante 2,6% en adolescentes entre 11 y 14 años (Figura 8).

Figura 8. Comportamiento de los nacimientos en adolescentes. Bogotá, 2008-2010



Fuente 2008: Fuente: Certificado de Nacido Vivo.- Base Nacido Vivo DANE -RUA-F-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-DATOS DEFINITIVOS

Fuente 2009: Fuente: Certificado de Nacido Vivo.- Base Nacido Vivo DANE -RUA-F-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-DATOS PRELIMINARES

Fuente 2010: Fuente: Certificado de Nacido Vivo.- Base Nacido Vivo DANE -RUA-F-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-DATOS PRELIMINARES Fecha Corte: 17 de Agosto de 2011

Las localidades que notificaron el mayor número de nacimientos en adolescentes entre 10 y 14 años fueron Ciudad Bolívar (92 nacimientos) y Kennedy (69 nacimientos); Los nacimientos en las adolescentes entre 15 y 19 años se presentaron con más frecuencia en las mismas localidades con 2.838 y 2.634 nacimientos respectivamente (Tabla 10).

Tabla 10. Nacimientos por localidad y edad de la madre. Bogotá, 2010

Localidad	10 a 14 Años	15 a 19 Años	20 a 24 Años	25 a 29 Años	30 a 34 Años	35 a 39 Años	40 a 44 Años	45 a 49 Años	50 a 54 Años	Sin Dato	Total
Usaquen	22	672	1.197	1.530	1.727	959	214	11	2	5	6.339
Chapinero	3	167	386	511	629	344	89	6	0	0	2.135
Santafe	11	378	486	382	279	120	43	2	0	0	1.701
San Cristobal	54	1.744	2.253	1.665	1.015	506	125	11	6	0	7.379
Usme	43	1.529	1.964	1.332	750	351	126	6	1	1	6.103
Tunjuelito	12	618	977	809	515	255	85	6	2	0	3.279
Bosa	52	2.282	3.188	2.549	1.575	767	214	11	3	0	10.641
Kennedy	69	2.634	4.186	4.120	2.970	1.358	316	40	9	3	15.705
Fontibón	15	629	1.109	1.159	1.030	547	151	11	2	1	4.654
Engativá	24	1.349	2.713	2.829	2.199	1.109	323	14	4	0	10.564
Suba	52	1.975	3.610	3.756	3.099	1.699	441	42	4	2	14.680
Barrios Unidos	5	177	381	448	411	190	59	5	1	0	1.677
Teusaquillo	2	66	226	300	368	217	49	5	2	0	1.235
Martires	8	217	337	317	241	93	45	1	1	0	1.260
Antonio Nariño	1	168	325	301	198	109	30	0	1	0	1.133
Puente Aranda	2	412	792	896	647	285	92	14	3	0	3.143
Candelaria	6	57	116	111	61	20	10	2	0	1	384
Rafael Uribe	39	1.220	1.928	1.509	917	455	126	12	1	2	6.209
Ciudad Bolívar	92	2.838	3.504	2.415	1.373	679	225	13	2	0	11.141
Sumapaz	0	7	15	6	1	5	1	0	0	0	35
Sin dato de localidad	3	186	168	137	74	49	16	0	1	1	635
Total	515	19.325	29.861	27.082	20.079	10.117	2.780	212	45	16	110.032

Fuente: Certificado de Nacido Vivo.- Base Nacido Vivo DANE-RUAF-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-Datos preliminares. Fecha Corte: 17 de Agosto de 2011

Durante el año 2010 se desarrollo la sala situacional sobre “embarazo adolescente”. Entre las causas identificadas para que se presente dicho evento se identifica a la familia y los jóvenes como actores claves para que se presente esta situación.

En el caso de la familia, se resalta que la ausencia de una estructura nuclear: madre-padre-hijos-hijas incide para que se presente el embarazo. Resulta pertinente reflexionar qué tanto la existencia-ausencia de ésta estructura incidiría en la problemática y cómo se relaciona con el tipo de interacciones que se dan al interior de las familias y que son identificadas también como posibles causas del embarazo adolescente como la violencia física, ausencia de autoridad y pautas de crianza; dificultades en la orientación y formación en valores, en autonomía y en sexualidad así como problemas de confianza y comunicación.

En la relación jóvenes y embarazo adolescente se identificó primero unas causas asociadas a sus comportamientos: no uso de métodos de anticoncepción, falta de receptividad frente a la información entregada por los adultos, falta de conciencia. También se identificaron causas asociadas a su formación: baja autoestima y carencias afectivas; y finalmente causas relacionadas con las interacciones que hacen con su grupo de pares de quienes reciben presión para mantener relaciones sexuales.

Que el embarazo adolescente sea identificado como una situación que depende especialmente de dos actores: la familia y los jóvenes, indica que la problemática es

percibida en términos más individuales y del ámbito privado y por tanto su “solución” partiría fundamentalmente de un cambio en las familias que posibilite a su vez un cambio en el comportamiento de las y los jóvenes.

En las unidades de análisis también fueron identificados aspectos económicos, sociales y culturales como causales del embarazo adolescente. Entre los aspectos culturales se identifica que las y los jóvenes desean asumir roles propios de la adultes como la maternidad, la cual es avalada por la sociedad. Adicionalmente se percibe que los jóvenes terminan repitiendo el modelo con el que han crecido, es decir la historia de sus madres quienes tuvieron a sus hijos durante la adolescencia. Los aspectos económicos y sociales se perciben vinculados en una cadena causal de manera que las dificultades económicas, se traducen en falta de oportunidades personales y educativas, y todas juntas terminan incidiendo en la toma de decisiones y en los embarazos adolescentes.

De manera más discreta aparece la ausencia de conocimientos y capacitación sobre salud sexual y reproductiva así como la falta y/o falla en la información sobre la misma. En este punto se resaltó la falta de herramientas con que cuenta la familia y la institución educativa para abordar la sexualidad así como la búsqueda de información por parte de las y los jóvenes en su grupo de pares quienes tienen conocimientos e información insuficiente y deficiente sobre sexualidad. Que los jóvenes busquen información sobre sexualidad entre sus pares evidencia la ausencia de espacios para hablar y abordar el tema de manera tranquila y abierta. Que la información que manejan las y los jóvenes sea insuficiente y deficiente evidencia las fallas que se están presentando en lo que respecta a educación sexual.

Sobre Salud sexual y reproductiva, las y los participantes identificaron la ausencia de programas y metodologías apropiadas para abordar el tema. Sin embargo no aparece suficientemente desarrollada lo que se entiende por sexualidad y por salud sexual y reproductiva. En este sentido las y los participantes cuando hablaron de sexualidad hicieron referencia al uso de métodos anticonceptivos lo cual refleja que ésta se asocia fundamentalmente a los procesos reproductivos. El uso de sustancias psicoactivas SPA, la música especialmente el reggaetón y la influencia de los medios de comunicación también son identificados como factores asociados al embarazo adolescente.

En la unidad de análisis se identificó que los recursos físicos y humanos para disminuir el embarazo adolescente son insuficientes. Esta insuficiencia estaría relacionada con las políticas, las cuales no abordan de manera contundente la promoción de la SSR ni la prevención del embarazo, lo cual limita la intervención. Se identifica que las estrategias y acciones a través de las cuales se ha buscado contener el embarazo adolescente no tienen la suficiente calidad, planificación y orientación. Se resalta que

son pocas las estrategias y acciones de SSR enfocadas en los jóvenes y que el personal que las implementa no tienen la capacitación requerida.

Frente a estas dificultades con los recursos y dada su relación con la política y las estrategias se plantean varias necesidades, por una parte se percibe la necesidad de emprender acciones con mayor planificación, que lleguen a más población y con una orientación hacia la prevención del embarazo. También la necesidad de desarrollar una educación sexual integral. También se menciona la importancia de implementar y poner en marcha los servicios de atención amigables para los jóvenes y lograr una mayor articulación entre el sector salud y el sector educación.

En cuanto a las estrategias comunicativas se identifican aspectos relacionados con el contenido y con los medios a través de los cuales es entregada la información. Sobre los contenidos se percibe que no se aborda de manera suficiente la promoción y la prevención en SSR; que no hay claridad sobre qué aspectos habría que abordar y por tanto la información entregada es ambigua. Además de lo anterior se identifica una fragmentación de las estrategias en los diferentes ámbitos de vida cotidiana que conforman el plan de intervenciones colectivas. La ausencia de investigaciones que permita reconocer las experiencias y percepciones de los jóvenes es fundamental para conocer el tipo de necesidades que en el tema de sexualidad este grupo poblacional requiere.

Frente a la atención en la unidad de análisis se pudo reconocer algunas acciones adelantadas para mejorar la atención como los programas de P y P, la estrategia salud a su casa y los servicios amigables para jóvenes, los proyectos de regulación de la fecundidad, acciones promocionales en los colegios de localidad, educación en derechos, jornadas y capacitaciones en salud sexual y reproductiva. Algunos participantes consideran que las acciones para incidir en el embarazo adolescente están bien formuladas pero no alcanzan a llegar a la parte operativa. Otros participantes, quienes pertenecen al sector salud opinan que las cosas que no funcionan son consecuencia de problemas estructurales de presupuesto y de infraestructura, sumadas a las creencias y la educación que reciben los jóvenes en sus familias y a las condiciones de vulnerabilidad de la población. Estas personas reconocen que lo que se hace dentro del hospital es adecuado para atender la situación de embarazos adolescentes y que lo que no funciona es producto de condiciones externas. Lo anterior evidencia la dificultad de pensarse críticamente sobre el papel de cada uno de los actores y su incidencia en la situación de embarazos adolescentes.

4.5.1 Determinantes sociales Asociados al embarazo adolescente

Algunos hospitales llevaron a cabo el análisis de la información a través de los determinantes sociales de la salud, identificando determinantes individuales, particulares/intermedios y estructurales/Generales.

4.5.1.1 Determinantes individuales

Como parte de los determinantes individuales fueron reconocidos actores específicos como la familia y los jóvenes así como situaciones asociadas a las relaciones sociales y los factores culturales.

Sobre la familia se identifica que al interior de ésta existen relaciones conflictivas, pocos espacios de diálogo y comunicación, débil formación en valores y autoestima así como carencias afectivas. En cuanto a los jóvenes se identifican situaciones asociadas a su comportamiento como la falta de conciencia sobre lo que implica tener hijos, una baja adherencia a los métodos de planificación, una interacción problemática con los adultos y la presión que reciben por parte de sus amigos y pareja para tener relaciones sexuales.

Entre los factores culturales se identificó las creencias y los tabú que existen sobre la sexualidad; los sentimientos de poder de los jóvenes que los hace sentirse invencibles, que los hombres no asumen la paternidad y el posicionamiento del embarazo como un proyecto de vida, como un medio de soporte económico y como un elemento de estatus.

4.5.1.2 Determinantes particulares/intermedios

Entre los determinantes intermedios se reconocen los servicios y la formación en salud sexual y reproductiva. También la falta de divulgación sobre los servicios de SSR existentes y poca oferta de servicios de atención para las y los jóvenes. Se identifican además barreras de acceso a los servicios de SSR y a los métodos de planificación.

En cuanto a la formación en salud sexual y reproductiva se reconoce una falta de sensibilización y capacitación de las personas y profesionales encargadas de dicha labor tanto en el sector salud como en el sector educación, además se percibe que la educación sexual esta centrada en los métodos de planificación y que no indaga por factores asociados. Además de ello se percibe que son pocos los espacios para hacer abordajes francos y abiertos sobre sexualidad.

4.5.1.3 Determinantes estructurales

Los análisis desde los determinantes estructurales identificaron la falta de un abordaje integral de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva a través de políticas y estrategias y la debilidad y ausencia de programas de educación en SSR. Factores sociales tales como el desplazamiento, la falta de opciones para el uso del tiempo libre, largas jornadas labores de padres y acudientes por las cuales los jóvenes permanecen solos también son identificados como determinantes estructurales del embarazo adolescentes.

La sexualidad sigue siendo un tema tabú, en el que no hay claridad para su abordaje, persistiendo un desconocimiento de lo que comprende la SSR y los derechos sexuales y reproductivos. Sobre las políticas en Salud Sexual y reproductiva se identifica la centralidad de esta en la planificación y atención del embarazo adolescente y no a la promoción y prevención en SSR, sobre este último punto se expresa que las estrategias existentes de P y P son deficientes.

Las y los participantes identifican que el embarazo adolescente no es considerado un asunto de salud pública y que se esta atendiendo a través de políticas asistenciales de subsidios focalizados que podrían generar el incremento de los embarazos en este grupo etareo ya que se accede a unos recursos y beneficios.

En el tema de formación y educación en salud sexual y reproductiva, se percibe un énfasis en la genitalidad y en el uso de métodos anticonceptivos también una falta de inclusión a los hombres así como dificultades con las metodologías, contenidos y medios relacionados con la salud sexual y reproductiva.

5 Estado de salud de los adultos y estilos de vida

A continuación se presenta la dinámica de los indicadores locales tomando como referencia los valores distritales; los datos utilizados provienen de las bases ____ Los cuadros se encuentran coloreados en verde o rojo cuando el indicador de la localidad es significativamente mejor o peor que el indicador distrital, basándose en intervalos de confianza del 95%. La razón de tasas y los intervalos de confianza se calcularon usando el método de Miettinen (Tabla 11).





	El indicador de la localidad es significativamente mejor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No hay diferencias estadísticamente significativas entre el indicador de la localidad y el del distrito
	El indicador de la localidad es significativamente peor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No se calculó significancia estadística

Tabla 11. Indicadores de salud y bienestar los adultos y estilos de vida. Bogotá y sus localidades, 2010

Indicador	Periodo de tiempo	Unidad de medida	Bogotá	Usaquén	Chapinero	Santa Fe	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativá	Suba	Barrios Unidos	Tosaqueillo	Mantíes	Antonio Nariño	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz	Sin dato de localidad		
Salud sexual y reproductiva																										
Interrupción voluntaria del embarazo en mayores de 20 años	2010	Número de casos	60	1	2	4	2	2		9	9	5	4	10	1	2	3	1		1		2			2	
Salud mental																										
Violencia intrafamiliar ejercida contra mayores de 18 años	2010	Número de casos	7400	428	112	133	428	1096	161	836	501	262	752	788	114	62	137	89	127	47	454	740	33	100		
Número de mujeres mayores de 18 años agredidas		Número de casos	6444	375	99	115	370	946	135	742	442	234	630	705	102	55	112	76	115	40	399	636	33	83		
Número de hombres mayores de 18 años agredidos	2010	Número de casos	956	53	13	18	58	150	26	94	59	28	122	83	7	25	13	12	7	55	104	0	17			
Abuso de sustancias psicoactivas	2010	Número de casos	4422	81	24	84	95	127	42	143	144	51	112	160	18	15	87	14	29	11	90	170	0	2925		
Abuso de sustancias psicoactivas		Tasa por 100.000 hab	39,7	17,2	18,1	76,3	23,2	34,9	20,8	25,1	14,3	15,1	13,4	15,3	7,7	10,3	89,1	12,9	11,2	45,6	23,8	27,1	0,0	0,0		
Prevalencia de discapacidad																										
Prevalencia estimada	2010	Porcentaje	5																						0	
Prevalencia identificada	2010	Porcentaje	2,3	2,2	2,1	2,7	3,0	2,1	3,2	2,9	2,6	2,3	1,3	1,1	2,4	1,6	2,5	3,1	4,2	4,8	4,9	1,7	5,8	0,0		
Indicadores de salud oral																										
Porcentaje de casos de Caries cavitacional, en población captada para la vigilancia de la salud oral	2010	Porcentaje	75,6	68,7	71,3	78,4	76,2	77,0	73,3	78,0	71,9	74,1	80,8	76,1	72,4	64,1	67,4	81,8	80,4	76,3	78,0	74,0	65,0	0,1		
Porcentaje de casos de Lesion mancha blanca, en población captada para la vigilancia de la salud oral	2010	Porcentaje	32,3	49,5	17,8	18,7	29,9	34,8	37,2	66,2	34,0	20,3	22,2	48,4	31,5	35,9	14,7	28,1	38,5	25,7	27,3	11,7	24,7	0,2		
Porcentaje de casos de Lesion mancha café, en población captada para la vigilancia de la salud oral	2010	Porcentaje	47,1	57,7	18,3	30,7	61,2	34,4	44,9	38,5	57,7	54,8	24,3	63,9	46,9	44,7	50,4	62,1	66,5	24,9	58,9	46,7	42,2	0,2		
Porcentaje de casos de fluorosis, en población captada para la vigilancia de la salud oral	2010	Porcentaje	18,3	10,2	24,3	7,9	17,2	47,2	17,0	30,4	25,0	9,8	6,9	16,0	15,1	3,9	7,0	24,9	11,8	3,9	33,3	10,6	19,8	0,1		
Porcentaje de población en alerta epidemiológica con sangrado gingival (relacionado con presencia de placa bacteriana)	2010	Porcentaje	80,7	76,9	73,3	85,5	88,8	65,9	81,8	72,8	82,3	86,7	86,1	83,3	84,2	76,7	72,9	86,3	79,5	81,3	73,9	84,3	69,0	0,1		
Porcentaje de población en alerta epidemiológica con componente cariado (caso de 3 o más dientes con caries cavitacional, sin intervención)	2010	Porcentaje	44,9	43,0	28,2	42,3	47,7	37,6	38,3	45,0	41,7	39,7	61,3	47,8	40,2	34,0	41,9	51,2	42,4	38,1	44,9	42,3	37,1	0,1		
Porcentaje de población en alerta epidemiológica con componente perdido por caries (caso de 3 o más dientes perdidos por caries)	2010	Porcentaje	24,5	21,7	6,9	33,8	30,8	12,0	22,1	13,7	22,7	32,1	31,1	23,0	13,4	10,7	26,4	39,3	26,0	26,5	27,8	24,4	34,4	0,2		
Porcentaje de población, con higiene oral buena. (casos con valor menor del 15% de presencia de placa bacteriana en las superficies dentarias)	2010	Porcentaje	7,1	5,5	26,7	2,1	3,8	4,7	8,5	10,5	7,4	11,4	5,1	5,9	8,0	9,7	5,4	2,1	4,3	5,4	11,2	3,8	13,1	0,0		
Porcentaje de población, con higiene oral regular. (casos con valor entre 15 y 30% de presencia de placa bacteriana en las superficies dentarias)	2010	Porcentaje	13,0	8,9	28,7	6,6	6,4	14,6	12,9	16,0	14,5	14,0	8,2	13,7	11,2	18,4	11,6	6,3	7,5	6,6	8,3	25,8	10,5	0,0		
Porcentaje de población, con higiene oral deficiente. (casos con valor mayor del 30% de presencia de placa bacteriana en las superficies dentarias)	2010	Porcentaje	79,3	85,3	44,6	89,8	89,2	80,2	78,3	73,1	77,5	73,5	86,0	80,0	79,9	71,8	82,2	91,6	87,9	86,8	80,4	69,6	72,2	0,1		
Porcentaje de personas sanas periodontalmente	2010	Porcentaje	18,7	17,4	26,7	14,5	10,8	33,9	18,2	27,0	17,3	12,6	13,5	16,5	15,6	23,3	27,1	13,3	20,5	18,7	26,0	15,6	29,1	0,0		

Fuente:

Salud sexual: Grupo funcional de salud sexual y reproductiva de la SDS. Fecha de reporte: 6 de Febrero de 2012

Salud mental: Grupo funcional de salud mental de la SDS. Fecha de reporte: 3 de Febrero de 2012

Discapacidad: Grupo funcional de discapacidad de la SDS. Fecha de reporte: 7 de Febrero de 2012

Salud oral: Grupo funcional de salud oral de la SDS. SISVESO. Fecha de reporte 16 de Febrero de 2012

Los datos de interrupción voluntaria del embarazo son un acercamiento preliminar a la situación de las mujeres jóvenes en el distrito, actualmente la base de datos sufre constantes modificaciones ya que las entidades privadas están empezando a reportar y alimentar las bases de datos de la SDS.

La localidad de Sumapaz muestra una alta prevalencia identificada de discapacidad, siendo 1,52 veces mayor el riesgo de la localidad sobre el del distrito, con un nivel de confianza del 95%

Las localidades con mayor riesgo de abuso de sustancias psicoactivas son Santa Fe y Martires; mientras tanto, Usme y La Candelaria tienen el mismo riesgo del Distrito. Las demás localidades muestran menor riesgo que la totalidad de la ciudad.

6 Morbilidad y deterioro de la salud

A continuación se presenta la dinámica de los indicadores locales tomando como referencia los valores distritales; los datos utilizados provienen de las bases ____
Los cuadros se encuentran coloreados en verde o rojo cuando el indicador de la localidad es significativamente mejor o peor que el indicador distrital, basándose en intervalos de confianza del 95%. La razón de tasas y los intervalos de confianza se calcularon usando el método de Miettinen (Tabla 12).





	El indicador de la localidad es significativamente mejor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No hay diferencias estadísticamente significativas entre el indicador de la localidad y el del distrito
	El indicador de la localidad es significativamente peor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No se calculó significancia estadística

Tabla 12. Indicadores de morbilidad y deterioro de la salud. Bogotá y sus localidades, 2010

Indicador	Periodo de tiempo	Unidad de medida	Bogotá	Usaquén	Chapinero	Santa Fe	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativá	Suba	Barrios Unidos	Teusaquillo	Mártires	Antonio Nariño	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz	Sin dato de localidad	
Salud sexual y reproductiva																									
Proporción de incidencia de casos de VIH	2010	Proporción de incidencia por 100.000 hab.	19,4	11,9	61,2	34,5	19,5	12,1	13,9	14,6	16,5	19,8	16,4	14,5	13,7	34,4	34,8	22,2	20,5	128,5	18,0	11,8	0,0	0,0	
Mortalidad por VIH/SIDA	2010	Tasa por 100.000 hab.	3,8	2,2	4,6	7,3	5,1	3,4	3,5	3,2	2,4	1,8	3,3	2,9	1,3	7,6	15,4	1,9	3,5	8,3	5,0	3,9	0,0	0,0	
Proporción de incidencia de Hepatitis B	2010	Tasa por 100.000 hab.	3,8	2,8	4,5	3,6	3,9	2,7	5,0	3,5	4,8	2,7	2,2	1,8	3,0	2,8	3,1	4,6	3,9	16,6	5,8	4,1	32,1	0,0	
Proporción de incidencia de Hepatitis C	2010	Tasa por 100.000 hab.	0,4	0,4	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,1	0,6	0,2	0,4	1,3	2,1	0,0	1,8	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	
Prevalencia de sífilis gestacional	2010	Tasa por 1.000 nacidos vivos	4,2	1,0	2,5	14,1	7,5	5,1	3,1	3,8	4,3	2,3	1,7	1,8	5,3	0,8	11,1	7,4	4,3	30,6	6,5	6,5	0,0	2,1	
Incidencia de sífilis congénita	2010	Tasa por 1.000 nacidos vivos	2,1	0,7	0,0	10,7	3,6	2,2	1,4	1,1	1,6	1,4	0,8	1,3	1,2	0,0	5,2	4,1	2,3	21,0	4,0	3,5	0,0	0,6	
Enfermedades infecciosas																									
Incidencia de tuberculosis pulmonar	2010	Tasa por 100.000 hab.	7,9	6,8	8,3	14,5	11,7	7,7	9,9	5,3	6,2	5,3	5,4	7,4	6,9	4,1	18,4	7,4	15,8	49,8	9,3	8,9	0,0	0,0	
Accidentes																									
Incidencia de accidentes domésticos	2010	Tasa por 100.000 hab.	43,9	14,3	31,7	217,7	13,9	29,4	32,3	9,0	10,2	16,9	31,7	15,6	13,0	23,8	75,4	11,2	11,7	21,9	27,2	42,1	2,3	0,0	
Inmunoprevenibles																									
Eventos en erradicación																									
Notificación por residencia de parálisis flácida aguda	2010	Tasa por 100.000 hab.	1,4	1,1	0,0	3,7	3,5	1,8	4,0	1,8	0,0	1,3	0,0	2,0	0,0	0,0	5,0	3,9	0,0	0,0	2,0	1,5	0,0	0,0	
Eventos en eliminación																									
Casos de Sarampión-Rubeola investigados en las primeras 48 horas	2010	Porcentaje	92	82	100	97	96	88	76	95	88	91	99	94	95	100	100	90	95	83	89	92	100	0,0	
Vigilancia de síndrome de rubeola congénita	2010	Tasa por 100.000 hab.	6,8	6,9	7,7	5,5	13,4	6,8	3,1	4,6	3,4	3,9	3,3	6,7	7,8	7,8	20,8	11,2	2,9	83,0	9,3	3,0	0,0	0,0	
Eventos en control																									
Tetanos accidental	2010	Número de casos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	
Notificación por residencia de fiebre tifoidea	2010	Tasa por 100.000 hab.	0,3	0,6	0,8	0,0	0,2	0,0	1,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	
Notificación por residencia de pariditis	2010	Tasa por 100.000 hab.	79,7	42,6	71,1	107,2	126,3	110,0	70,8	79,2	67,0	50,0	87,3	77,7	44,7	56,5	80,9	68,4	93,9	319,3	78,6	60,5	16,1	0,0	
Notificación por residencia de varicela	2010	Tasa por 100.000 hab.	401,3	370,1	266,1	405,3	645,6	339,0	394,0	383,4	336,3	475,5	350,3	425,6	208,3	285,2	421,1	377,3	357,1	1069,8	453,6	335,8	208,9	0,0	
Notificación por residencia de tosferina	2010	Tasa por 100.000 hab.	12,9	10,0	5,3	7,3	14,6	14,6	15,8	16,3	8,6	8,0	9,4	12,7	6,0	8,3	9,2	15,7	7,0	37,3	16,4	14,8	0,0	0,0	
Notificación por residencia de hepatitis A	2010	Tasa por 100.000 hab.	6,2	5,5	6,0	4,5	7,8	4,4	4,5	8,3	6,6	3,0	5,5	3,9	3,9	6,2	7,2	7,4	5,0	20,7	6,6	4,5	0,0	0,0	
Notificación por residencia de Meningitis	2010	Tasa por 100.000 hab.	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,2	0,3	0,0	0,1	0,4	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Por haemophilus influenzae	2010	Tasa por 100.000 hab.	0,4	0,4	1,5	0,9	0,5	0,3	0,0	0,0	0,6	0,0	0,1	0,4	0,4	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	
Por meningococo	2010	Tasa por 100.000 hab.	0,4	0,4	1,5	0,0	0,2	0,5	0,0	0,4	0,1	0,3	0,1	0,5	0,9	0,0	0,0	0,0	0,4	8,3	0,8	0,3	0,0	0,0	
Por neumococo	2010	Tasa por 100.000 hab.	0,4	0,4	1,5	0,0	0,2	0,5	0,0	0,4	0,1	0,3	0,1	0,5	0,9	0,0	0,0	0,0	0,4	8,3	0,8	0,3	0,0	0,0	
Notificación de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) por sitio de notificación	2010	Número de casos	606.563	44.186	34.467	44	16.014	5.517	139	76	5.940	40.706	19.728	45.038	2.065	44.625	11.395	41.941	588	-	29.139	13.217	186	251.552	
Notificación de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI)	2010	Número de casos	138	9	1	0	10	7	4	7	19	4	17	28	2	2	1	4	5	1	7	5	1	4	
Salud mental																									
Intentos de suicidio	2010	Tasa por 100.000 hab.	21,5	9,2	33,3	48,2	38,8	44,3	5,0	43,1	22,9	15,4	5,3	11,4	19,3	21,4	31,8	25,0	28,2	24,9	22,0	1,1	16,1	0,0	

Fuentes:

Salud sexual: Grupo funcional de salud sexual y reproductiva de la SDS. Fecha de reporte: 6 de Febrero de 2012

Enfermedades infecciosas:

Accidentes: Grupo funcional de salud mental de la SDS. Fecha de reporte: 3 de Febrero de 2012

Inmunoprevenibles: Sivigila 2010. Grupo Inmunoprevenibles SDS. MESS 2010. Grupo Inmunoprevenibles SDS.

Salud mental: SDS SISVECOS Fecha de revisión: 8 de Febrero de 2012

6.1 Morbilidad general

Según la encuesta de calidad de vida del año 2010, el porcentaje de personas que acudieron a un médico general o especialista disminuyó en un 12,7% con respecto al año 2008; aumentó el uso de remedios caseros, la autoformulación de medicamentos, y el uso de otras alternativas terapéuticas (Tabla 13)

Tabla 13. Personas enfermas por tratamiento aplicado ECV 2008 – ECV 2010

Personas enfermas por tratamiento aplicado	Año	Acudió a médico general, especialista	Acudió a boticario, farmacéuta, droguista	Usó remedios caseros	Se autorrecetó	Otros*	Nada	Total
	2008	85,1	2,2	3,4	5,4	0,9	3,1	100
	2010	74,3	4,4	10,7	5,7	1,6	3,3	100

* Otros : Acudió a un promotor de salud o enfermero (a); consultó a un tigua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona, asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapia, etc.)

Fuente: DANE ECV 2008-ECV 2010 Datos expandidos en proyecciones de población, con base en los resultados del Censo 2005

Consultado en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/ECV_2010_Bogota.pdf

De igual forma, la encuesta de calidad de vida encontró dentro de su muestra poblacional que para el año 2010, el 80,6% de la población menor de cinco años asistió a controles de crecimiento y desarrollo, lo cual muestra no varía con lo encontrado por la encuesta en el año 2008.

La información sobre morbilidad de la que dispone la SDS corresponde a los registros disponibles de atenciones ambulatorias brindadas a población pobre no asegurada. Si bien es cierto existen variaciones según régimen de afiliación (en tanto la condición socioeconómica genera diferentes exposiciones y riesgos), esta información permite una aproximación a la situación de salud de la población Bogotá. Las estadísticas relacionadas como primeras diez causas de consulta constituyen un subconjunto no necesariamente representativo de la morbilidad total, en tanto no representa más del 50% de las atenciones totales (excepto en menores de 5 años y población entre 19 y 26 años), pero permite una aproximación a las condiciones que aquejan a cada uno de los grupos etáreos⁵.

A partir de los registros del Sistema de información de Prestadores de Salud (RIPS) de la SDS, información reportada por las Empresas Sociales del Estado (ESE), red no adscrita y urgencias; validados por la SDS para población vinculada, desplazada y atenciones no POSS; se analizó la morbilidad para el año 2010 a partir de los diagnósticos consignados por tipo de atención.

La primera causa de hospitalizaciones fue el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice (O800) con un total de 5.938 atenciones y 5.933 personas atendidas. Los otros dolores abdominales y los no especificados (N390) provocaron el mayor número de atenciones por urgencias con un total de 14.939 consultas y 12.428 personas atendidas. Por otro lado, la principal causa de consulta en la población general para el año 2010 resultó ser la hipertensión esencial (I10X) con 67.709 atenciones seguido de los otros dolores abdominales y los no especificados (R104) con 28.987 atenciones; llama la atención la concentración de la octava causa de consulta que corresponde a la esquizofrenia paranoide (F200) que indica que por cada atención consultan 8,3 personas. (Tabla 14).

Para el año 2010 se evidenció que para el grupo de infancia el comportamiento de las primeras causas de morbilidad no varió con respecto al año 2009 en las causas de atención aunque sí lo hicieron en frecuencia; en el grupo de adolescentes y jóvenes hubo variación en cuanto a los diagnósticos y frecuencia de las consultas pero en general continúan haciendo referencia a atenciones de la edad reproductiva y dolores abdominales; para el grupo de adultos mayores las causas de morbilidad hacen referencia a enfermedades crónicas comunes para la edad. En el anexo 3 se presentan las primeras 10 causas de morbilidad por ciclo vital (Anexo 3).

Tabla 14. Morbilidad general en población vinculada, desplazada y atenciones no POSS. Bogotá, 2010

Tipo de atención	Código del diagnóstico	Diagnóstico	Total de atenciones	Total de individuos	Concentración
Hospitalización	O800	Parto único espontaneo , presentación cefalica de vertice	5.938	5.933	1,0
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	4.110	3.825	1,1
	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	2.496	2.367	1,1
	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	2.463	2.019	1,2
	O809	Parto único espontaneo, sin otra especificación	2.177	2.173	1,0
	I10X	Hipertensión esencial (Primaria)	1.918	1.816	1,1
	K359	Apendicitis aguda, no especificada	1.764	1.737	1,0
	I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	1.627	1.341	1,2
	J180	Bronconeumonía, no especificada	1.620	1.571	1,0
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1.610	1.568	1,0
	Total hospitalizaciones			25.723	24.350
Urgencias	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	14.939	12.428	1,2
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	11.912	9.169	1,3
	J00X	Rinofaringitis aguda (Resfriado común)	9.869	7.417	1,3
	R529	Dolor no especificado	9.779	8.159	1,2
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	9.738	7.598	1,3
	R509	Fiebre, no especificada	7.726	6.369	1,2
	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	7.582	5.737	1,3
	R102	Dolor pélvico y perineal	6.423	4.934	1,3
	R103	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	5.041	3.881	1,3
	R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	5.012	3.776	1,3
	Total urgencias			88.021	69.468
Consultas	I10X	Hipertensión esencial (Primaria)	67.709	34.455	2,0
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	28.987	21.783	1,3
	K021	Caries de la dentina	25.602	24.117	1,1
	R529	Dolor no especificado	25.438	15.169	1,7
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	24.312	15.195	1,6
	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	22.448	9.052	2,5
	J00X	Rinofaringitis aguda (Resfriado común)	21.746	19.041	1,1
	F200	Esquizofrenia paranoide	20.442	2.466	8,3
	H524	Presbicia	17.757	17.018	1,0
	R103	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	17.150	11.055	1,6
Total consultas			271.591	169.351	

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2010, información reportada por las ESE, red no adscrita y urgencias, validada por la SDS, población vinculada, desplazada y atenciones no POSS (corte de recepción Enero 30 de 2012)

7 Causas de muerte

A continuación se presenta la dinámica de los indicadores locales tomando como referencia los valores distritales; los datos utilizados provienen de las bases ____ Los cuadros se encuentran coloreados en verde o rojo cuando el indicador de la localidad es significativamente mejor o peor que el indicador distrital, basándose en intervalos de confianza del 95%. La razón de tasas y los intervalos de confianza se calcularon usando el método de Miettinen (Tabla 15).

	El indicador de la localidad es significativamente mejor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No hay diferencias estadísticamente significativas entre el indicador de la localidad y el del distrito
	El indicador de la localidad es significativamente peor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No se calculó significancia estadística

Tabla 15. Causas de muerte. Bogotá y sus localidades, 2010

Indicador	Periodo de tiempo	Unidad de medida	Bogotá	Usaquén	Chapinero	Santa Fe	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativá	Suba	Barrios Unidos	Teusaquillo	Méritos	Antonio Nariño	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz	Sin dato de localidad	
Mortalidad evitable																									
Mortalidad materna	2010	Razón por 100.000 nacidos vivos	39,1	15,8	0,0	0,0	40,7	49,2	0,0	47,0	44,6	64,5	37,9	47,7	0,0	0,0	79,4	0,0	31,8	0,0	16,1	26,9	0,0	0,0	
Mortalidad perinatal	2010	Razón por 1.000 nacidos vivos	18,1	14,5	10,8	17,0	19,5	20,6	14,3	16,9	15,7	22,8	18,5	17,4	24,4	17,0	25,4	20,3	13,4	18,2	17,1	14,9	0,0	0,0	
Mortalidad infantil	2010	Razón por 1.000 nacidos vivos	11,7	7,1	3,7	11,8	11,5	10,3	10,1	12,2	10,9	11,4	10,1	11,9	14,9	7,3	16,7	12,4	10,8	7,8	12,4	11,9	28,6	0,0	
Mortalidad en menores de cinco años	2010	Tasa por 10.000 menores de cinco años	24,5	17,4	17,9	28,0	25,2	20,7	23,3	26,2	21,3	22,5	19,7	23,7	23,2	18,6	38,2	22,3	22,1	30,6	27,8	23,0	17,3	0,0	
Mortalidad por neumonía en menores de cinco años	2010	Tasa por 100.000 menores de cinco años	14,0	6,8	32,5	22,4	19,0	16,4	6,1	18,2	10,4	0,0	8,4	17,2	7,5	0,0	0,0	0,0	5,8	0,0	15,6	21,6	0,0	0,0	
Mortalidad por EDA en menores de cinco años	2010	Tasa por 100.000 menores de cinco años	1,0	3,4	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0	
Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	2010	Tasa por 100.000 menores de cinco años	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	3,5	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Mortalidad por enfermedades crónicas																									
Mortalidad por EPOC	2009	Tasa por 100.000 hab.	19,5	18,9	21,4	29,1	28,5	16,6	25,2	13,9	13,7	18,5	21,7	16,4	26,4	22,2	25,7	24,1	25,2	20,8	23,8	14,0	0,0		
Mortalidad por diabetes	2009	Tasa por 100.000 hab.	10,5	8,8	13,0	10,9	10,5	6,0	13,4	9,7	10,6	8,8	13,0	8,1	5,2	13,2	18,5	14,8	17,0	0,0	14,8	7,6	0,0		
Mortalidad por enfermedades circulatorias	2009	Tasa por 100.000 hab.	105,7	112,1	136,6	136,5	118,9	72,4	110,3	90,7	85,4	90,9	105,5	91,4	127,5	151,5	172,7	129,7	142,8	95,5	119,4	80,6	48,6		
Mortalidad por infarto agudo de miocardio	2009	Tasa por 100.000 hab.	38,9	41,3	48,8	46,4	48,3	31,2	35,1	34,1	30,8	35,1	38,6	31,6	41,9	54,9	54,5	52,8	51,9	45,7	40,2	36,0	0,0		
Mortalidad por enfermedad aterosclerótica del corazón	2009	Tasa por 100.000 hab.	4,7	6,7	9,2	12,7	3,2	1,1	4,5	4,0	3,7	4,8	4,2	3,8	6,5	9,0	8,2	4,6	6,6	4,2	6,1	2,6	16,2		
Mortalidad por hemorragia intracerebral	2009	Tasa por 100.000 hab.	3,0	3,0	3,1	2,7	2,9	1,7	3,5	3,1	3,2	2,7	2,8	3,0	3,5	4,9	4,1	0,9	1,9	0,0	1,9	2,6	16,2		
Mortalidad por accidente cerebrovascular	2009	Tasa por 100.000 hab.	3,6	3,2	3,1	4,6	2,4	2,0	4,0	3,6	3,0	2,1	4,3	3,7	3,5	4,2	11,3	3,7	7,0	4,2	4,0	1,6	0,0		
Mortalidad por enfermedad cardiaca hipertensiva	2009	Tasa por 100.000 hab.	6,0	5,6	9,9	9,1	4,4	4,6	8,9	5,6	4,8	5,5	6,8	4,8	7,8	7,6	13,4	8,3	6,6	0,0	9,0	3,7	0,0		
Mortalidad por cáncer	2009	Tasa por 100.000 hab.	80,5	102,4	138,9	81,9	81,9	51,8	87,6	62,2	65,2	83,0	86,8	77,8	79,5	129,3	114,1	73,2	105,7	58,1	83,1	58,9	48,6		
Mortalidad por cáncer de cuello uterino	2009	Tasa por 100.000 hab.	6,2	3,2	2,8	11,0	7,1	4,5	11,7	8,1	5,7	6,3	5,1	4,1	6,7	3,9	10,2	5,4	8,3	0,0	8,3	8,0	0,0		
Mortalidad por cáncer de la mama de la mujer	2009	Tasa por 100.000 hab.	11,4	14,8	19,8	14,6	8,6	6,8	7,8	7,8	8,2	12,1	13,1	12,7	11,6	25,8	18,4	12,5	12,8	0,0	7,8	9,9	0,0		
Mortalidad por cáncer gástrico	2009	Tasa por 100.000 hab.	10,4	10,5	9,9	16,4	14,6	8,3	13,4	8,3	8,5	12,4	8,6	11,6	14,7	5,6	14,4	9,3	10,8	8,3	12,2	6,8	16,2		
Mortalidad por cáncer de la tráquea, los bronquios y el pulmón	2009	Tasa por 100.000 hab.	9,9	13,5	14,9	27,0	11,0	6,4	16,1	6,6	8,7	7,7	11,9	7,3	10,8	16,6	14,5	15,4	12,7	7,9	11,4	6,0	0,0		
Mortalidad por causas externas																									
Mortalidad por todas las causas externas	2009	Tasa por 100.000 hab.	45,8	26,5	38,2	74,6	44,4	39,5	35,6	36,4	35,8	34,2	29,7	29,6	19,9	37,5	75,0	28,7	33,3	54,0	47,7	55,3	32,4		
Mortalidad por accidentes de transporte terrestre	2009	Tasa por 100.000 hab.	9,3	7,3	9,2	10,9	11,9	8,0	7,9	7,4	8,1	8,8	6,0	7,5	4,8	10,4	14,4	4,6	7,4	4,2	7,9	9,7	16,2		
Mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	2009	Tasa por 100.000 hab.	3,7	2,6	4,6	6,4	3,9	4,0	4,0	3,2	2,4	4,2	2,5	2,7	2,2	3,5	2,1	0,9	3,1	4,2	4,8	4,4	0,0		
Mortalidad por agresiones (homicidios)	2009	Tasa por 100.000 hab.	21,3	4,4	13,7	35,5	20,0	19,8	17,3	16,6	17,7	10,9	11,4	11,3	5,6	12,5	40,1	9,3	13,9	29,1	22,0	29,4	0,0		
Malformaciones congénitas																									
Mortalidad por malformaciones congénitas	2009	Tasa por 1.000 nacidos vivos	3,0	1,9	1,6	3,2	2,4	3,9	2,5	2,3	2,4	3,2	3,5	3,1	2,9	4,4	2,3	2,3	2,0	0,0	3,8	3,7	0,0	14,1	

Fuente: Mortalidad evitable-Mortalidad por enfermedades crónicas-Mortalidad por causas externas: Fuente 2000-2008 : Certificado de Defunción Certificado Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS .-Datos Definitivos
Fuente 2009 -2010: Certificado de Defunción - Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAUF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS . Datos Preliminares

7.1 Mortalidad general

Según la agrupación de causas de mortalidad de la lista 6/67, la mayor parte de las muertes en Bogotá ocurren por las enfermedades del sistema circulatorio generando casi un tercio del total de la mortalidad, el segundo grupo que más muertes genera en el de todas las demás enfermedades seguido por las neoplasias (Tabla 16).

La información de mortalidad general para Bogotá más actualizada corresponde al año 2009.

Tabla 16. Mortalidad general según agrupación de la lista 6/67. Bogotá, 2007 – 2009

Año	Enfermedades transmisibles			Neoplasias			Enfermedades del sistema circulatorio			Ciertas afecciones del periodo perinatal			Nacidos vivos
	Muertes	%	Tasa por 100.000 hab	Muertes	%	Tasa por 100.000 hab	Muertes	%	Tasa por 100.000 hab	Muertes	%	Tasa por 1.000 NV	
2007	1.819	7	25,8	5.624	21	79,8	8.207	30	116,4	836	3,1	7,1	117.228
2008	1.831	7	25,6	5.754	21	80,4	8.240	30	115,2	770	2,8	6,6	116.592
2009	1.871	7,0	26,5	5.839	22	82,8	7.678	29	108,9	726	2,7	6,4	114.156

Año	Embarazo parto y puerperio			Causas externas			Todas las demás enfermedades			Total		
	Muertes	%	Tasa por 100.000 NV	Muertes	%	Tasa por 100.000 hab	Muertes	%	Tasa por 100.000 hab	Muertes	%	Tasa por 1.000 NV
2007	57	0	48,6	3.345	12	47,4	7.380	27	104,7	27.268	100	386,8
2008	48	0	41,2	3.190	12	44,6	7.865	28	111,6	27.698	100	392,9
2009	54	0,2	47,3	3.325	12	47,2	7.378	28	104,6	26.871	100	381,1

Fuente 2007: Certificado de defunción – Bases de datos DANE, - Sistema de estadísticas vitales

Fuente 2008 y 2009: Certificado de defunción – Bases de datos SDS y RUAUF,- Sistema de estadísticas vitales. Datos preliminares Proyecciones de población por sexo y grupos de edad 2005-2011 DANE

Las causas de mortalidad varían según el sexo y los grupos de edad. En general las cinco primeras causas de muerte tanto en niñas como en niños menores de 1 año son las mismas, en el año 2009 solamente variaron en la cuarta y quinta posición.

En el año 2009 la primera causa de muerte en los hombres fueron las enfermedades isquémicas del corazón con un 12,6% (1.817 muertes) seguido de las agresiones (homicidios) con un 9,8% (1.414 muertes) y las enfermedades cerebrovasculares con un 5,3% (766 muertes).

En la población infantil (menores de 1 año) las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas causaron el 23,6% (183 muertes) de la mortalidad seguido de los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con un 23,3% (181 muertes). Los niños entre 1 y 4 años también murieron en su

mayoría por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas causando el 22,3% (23 muertes) de las muertes seguido por las infecciones respiratorias agudas con un 10,7% (11 muertes). La primera causa de muerte en los niños entre 5 y 14 años fueron los accidentes de transporte terrestre con un 12,0% (21 muertes) seguido por las leucemias con un 8,6% (15 muertes). El 39,5% (1.189 muertes) de los hombres entre 15 y 44 años murieron principalmente por agresiones (homicidios) y por accidentes de transporte terrestre con un 10,3% (311 muertes). La principal causa de muerte en los hombres entre 45 y 59 años y los mayores de 60, fueron las enfermedades isquémicas del corazón con un 14,4% (321 muertes) y 17,9% (1.449 muertes) respectivamente (Tabla 17).

Tabla 17. Mortalidad en hombres según ciclos vitales. Bogotá, 2009

Menores de 1 año	Muertes	%	Tasa
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	183	23,6	300,6
4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	181	23,3	297,3
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	59	7,6	96,9
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	47	6,0	77,2
1,08 Infecciones respiratorias agudas	44	5,7	72,3
De 1 a 4 años	Muertes	%	Tasa
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	23	22,3	9,5
1,08 Infecciones respiratorias agudas	11	10,7	4,5
5,01 Accidentes de transporte terrestre	9	8,7	3,7
6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	6	5,8	2,5
2,12 Leucemia	5	4,9	2,1
De 5 a 14 años	Muertes	%	Tasa
5,01 Accidentes de transporte terrestre	21	12,0	3,3
2,12 Leucemia	15	8,6	2,4
6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	13	7,4	2,1
5,05 Ahogamiento y sumersión accidentales	11	6,3	1,7
5,12 Agresiones (homicidios)	11	6,3	1,7
De 15 a 44 años	Muertes	%	Tasa
5,12 Agresiones (homicidios)	1189	39,5	68,7
5,01 Accidentes de transporte terrestre	311	10,3	18,0
5,11 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	159	5,3	9,2
1,07 Enfermedad por VIH (SIDA)	155	5,1	9,0
1,08 Infecciones respiratorias agudas	61	2,0	3,5
De 45 a 59 años	Muertes	%	Tasa
3,03 Enfermedades isquémicas del corazón	321	14,4	59,2
5,12 Agresiones (homicidios)	170	7,6	31,3
3,07 Enfermedades cerebrovasculares	125	5,6	23,0
2,01 Tumor maligno del estómago	112	5,0	20,6
5,01 Accidentes de transporte terrestre	83	3,7	15,3
De 60 y más años	Muertes	%	Tasa
3,03 Enfermedades isquémicas del corazón	1449	17,9	501,5
6,05 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	711	8,8	246,1
3,07 Enfermedades cerebrovasculares	593	7,3	205,2
1,08 Infecciones respiratorias agudas	409	5,1	141,5
2,1 Tumor maligno de la próstata	327	4,0	113,2
Total	Muertes	%	Tasa
3,03 Enfermedades isquémicas del corazón	1817	12,6	52,0
5,12 Agresiones (homicidios)	1414	9,8	40,4
3,07 Enfermedades cerebrovasculares	766	5,3	21,9
6,05 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	747	5,2	21,4
1,08 Infecciones respiratorias agudas	602	4,2	17,2

Fuente: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE y RUIF ND . Sistema de Estadísticas Vitales.-Datos preliminares

Fuente: Proyecciones de Población por sexo y grupos de edad 2005-2011 DANE

Para el mismo año la primera causa de muerte en las mujeres fueron las enfermedades isquémicas del corazón con un 12,6% (1.577 muertes) seguido de las enfermedades cerebrovasculares con un 8,7% (1.088 muertes) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores 5,9% (734 muertes). En la población infantil (menores de 1 año) las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas causaron el 26,0% (160 muertes) de la mortalidad seguido de los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con un 20,3% (125 muertes). Las niñas entre 1 y 4 años también murieron en su mayoría por las infecciones respiratorias agudas con un 12,2% (12 muertes) seguido de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con un 12,2% (12 muertes). La primera causa de muerte en las niñas entre 5 y 14 años fueron los accidentes de transporte terrestre con un 9,5% (11 muertes) seguido por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con un 8,6% (10 muertes). El 8,8% (99 muertes) de las mujeres entre 15 y 44 años murieron principalmente por agresiones (homicidios) y por accidentes de transporte terrestre con un 6,1% (69 muertes). La principal causa de muerte en las mujeres entre 45 y 59 años fueron los tumores malignos de la mamá con un 9,9% (163 muertes) seguido de las enfermedades cerebrovasculares. Para las mujeres de 60 años y más las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares ocuparon los dos primeros puestos de mortalidad con un 16,4 (1.456 muertes) y un 10,2% (905 muertes) respectivamente (Tabla 18).

Tabla 18. Mortalidad en mujeres según ciclos vitales. Bogotá, 2009

Menores de 1 año	Muertes	%	Tasa
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	160	26,0	274,3
4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	125	20,3	214,3
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	49	8,0	84,0
1,08 Infecciones respiratorias agudas	44	7,1	75,4
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	44	7,1	75,4
De 1 a 4 años	Muertes	%	Tasa
1,08 Infecciones respiratorias agudas	12	12,2	5,2
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	12	12,2	5,2
6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	9	9,2	3,9
2,12 Leucemia	5	5,1	2,2
6,02 Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	4	4,1	1,7
De 5 a 14 años	Muertes	%	Tasa
5,01 Accidentes de transporte terrestre	11	9,5	1,8
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	10	8,6	1,7
2,12 Leucemia	9	7,8	1,5
6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	9	7,8	1,5
1,08 Infecciones respiratorias agudas	5	4,3	0,8
De 15 a 44 años	Muertes	%	Tasa
5,12 Agresiones (homicidios)	99	8,8	5,4
5,01 Accidentes de transporte terrestre	69	6,1	3,8
2,06 Tumor maligno de la mama de la mujer	64	5,7	3,5
6,12 Embarazo, parto y puerperio	54	4,8	2,9
1,08 Infecciones respiratorias agudas	53	4,7	2,9
De 45 a 59 años	Muertes	%	Tasa
2,06 Tumor maligno de la mama de la mujer	163	9,9	25,3
3,07 Enfermedades cerebrovasculares	132	8,0	20,5
3,03 Enfermedades isquémicas del corazón	104	6,3	16,1
2,01 Tumor maligno del estómago	72	4,4	11,2
2,07 Tumor maligno del cuello del útero	71	4,3	11,0
De 60 y más años	Muertes	%	Tasa
3,03 Enfermedades isquémicas del corazón	1456	16,4	376,6
3,07 Enfermedades cerebrovasculares	905	10,2	234,1
6,05 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	707	8,0	182,9
3,02 Enfermedades hipertensivas	421	4,7	108,9
1,08 Infecciones respiratorias agudas	396	4,5	102,4
Total	Muertes	%	Tasa
3,03 Enfermedades isquémicas del corazón	1577	12,6	41,9
3,07 Enfermedades cerebrovasculares	1088	8,7	28,9
6,05 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	734	5,9	19,5
1,08 Infecciones respiratorias agudas	555	4,4	14,7
2,03 Tumor maligno De los organos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	496	4,0	13,2

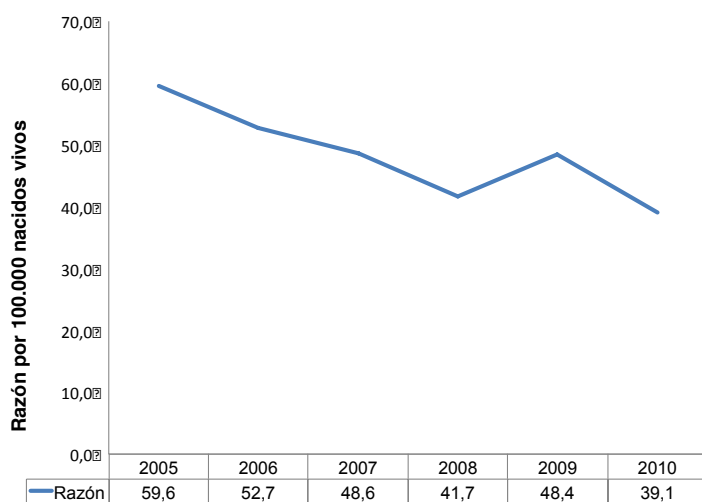
Fuente: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE y RUIAF ND . Sistema de Estadísticas Vitales.-Datos preliminares

Fuente: Proyecciones de Población por sexo y grupos de edad 2005-2011 DANE

7.2 Mortalidad materna

La tendencia de la mortalidad materna tuvo un rápido descenso entre los años 2005 y 2008 pasando de una razón de mortalidad de 59,6 a 41,7 muertes por 100.000 nacidos vivos; en el 2009 se presentó una elevación dada por el incremento en el número de muertes que llegó a 56 con una razón de mortalidad materna de 48,4; para el año 2010 la razón se ubicó en 39,1 muertes por 100.000 nacidos vivos. (Figura 9).

Figura 9. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos. Bogotá, 2005-2010,



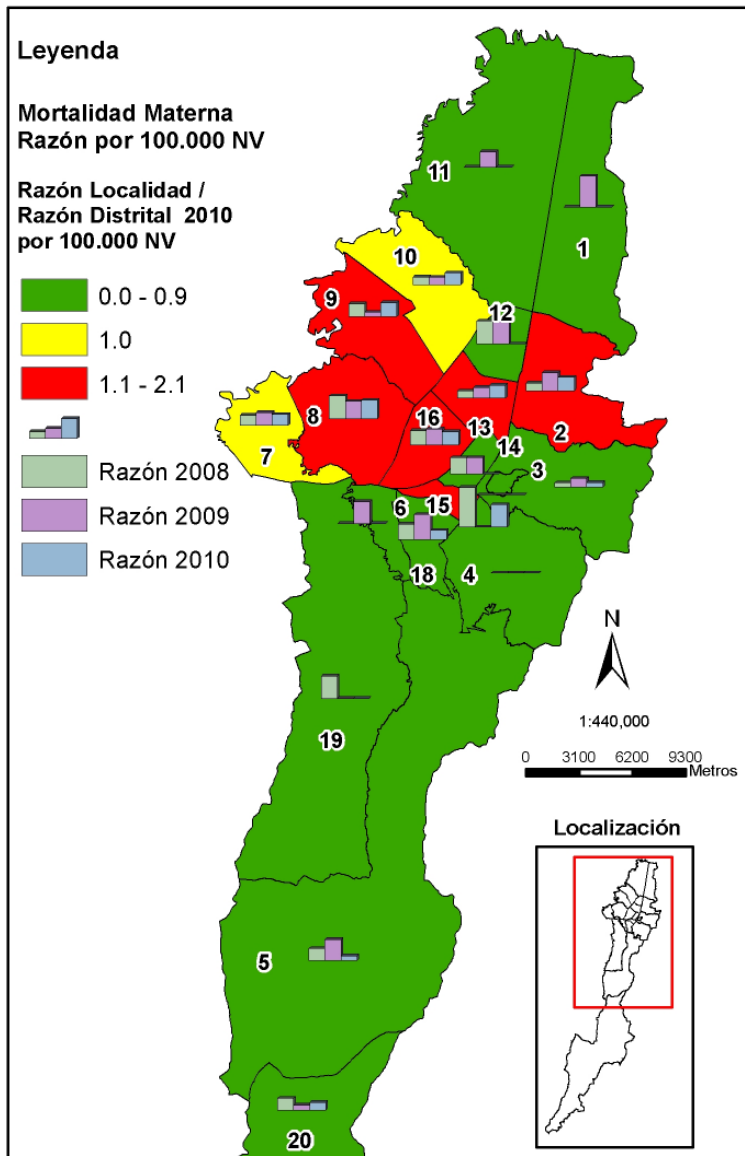
Fuente 2000-2008 : Certificado de Defunción Certificado Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS .-Datos Definitivos

Fuente 2009 -2010: Certificado de Defunción - Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAFA -Sistema de Estadísticas Vitales SDS . Datos Preliminares

Fecha de corte: Actualizado y revisado Septiembre 26 de 2011

Las localidades que presentan el mayor número de casos de forma recurrente y para los dos últimos años (2009 y 2010) son Suba, Kennedy, Bosa y Engativa; Las localidades cuyas razón de razones muestran mayor riesgo de muerte materna comparado con la totalidad del distrito son Martires, Fontibon, Usme y Suba (Mapa 10).

Mapa 10. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos por localidades. Bogotá, 2008-2010



Fuente: Certificado de defunción – Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de estadísticas vitales

Fuente 2008: Certificado de defunción y certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE y RUAF ND.- Sistema de estadísticas vitales datos preliminares

Fuente 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para nacimientos DANE y RUAF preliminares

Durante el año 2010 se llevo a cabo la unidad sobre mortalidad materna, con un monitoreo y análisis de determinantes de la meta número 7 “Reducir a 40 la tasa de mortalidad materna” partiendo de una línea base de 52,9 por 100000 nacidos vivos. Como parte del análisis cualitativo, se realizaron grupos focales para

conocer y explorar la problemática de la mortalidad materna en la ciudad de Bogotá.

7.2.1 Análisis de las demoras en la atención materna

En la literatura nacional e internacional se han identificado tres demoras o retrasos en la atención materna que aumentan el riesgo de muerte e influyen directamente en los resultados que se obtienen tanto en el estado de la madre como en el del hijo/a. Estas tres circunstancias se han identificado así: retraso en reconocer los signos y síntomas de complicaciones, retraso para acudir a la institución de salud cuando la gestante presenta complicaciones y retraso en la prestación de los servicios de urgencias en las mismas instituciones de salud.

Consecuentemente, para reducir estos riesgos los/as expertos/as recomiendan cuatro acciones: proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias reconozcan los signos de peligro, proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias decidan buscar atención, proporcionar las herramientas para que las mujeres obtengan la atención adecuada y asegurarse de que las mujeres reciban atención adecuada en las instituciones de salud. En Colombia se realiza el análisis de las cuatro demoras con la Metodología de “la ruta de la vida-camino a la supervivencia”, retomando este análisis para la Unidad de mortalidad materna se encontró que las siguientes demoras son desencadenantes de la mortalidad materna:

7.2.1.1 Demora 1. reconocimiento del problema

- Desconocimiento a tiempo del problema por parte de la gestante.
- Desconocimiento de los factores de riesgo durante la gestación (signos y síntomas de peligro o alarma)
- Desconocimiento de derechos sexuales y reproductivos.
- Desconocimiento de derechos y deberes en salud.

7.2.1.2 Demora 2. Oportunidad de decisión y la acción

- Se presentaron inconvenientes familiares, culturales, económicos para tomar decisión oportuna de solicitar atención médica.
- Experiencias negativas en los servicios de salud demoraron la decisión de solicitar atención.

7.2.1.3 Demora 3. Acceso a la atención / Logística de referencia

- Inaccesibilidad geográfica o por orden público
- Falta de estructura vial y de comunicaciones
- Factores económicos dificultaban el traslado.
- No hubo el acceso a la atención en salud debido a que se solicitó el pago por algún servicio.
- Remisión oportuna.

7.2.1.4 Demora 4. Calidad de la atención

- Tratamiento médico adecuado y oportuno
- Calidad de la atención prenatal en cuanto a identificación del riesgo.
- Personal suficiente y capacitado para la atención de parto
- Evaluación y cumplimiento de guías de atención
- Deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados etc.
- Programas de promoción y prevención ineficientes
- Inconvenientes en la oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante.
- Atención en niveles no acordes a su gravedad
- Calidad de los apoyos diagnósticos (ecografías, exámenes de laboratorio etc).
- Deficiente historia clínica
- Niveles de atención que no garantizan en forma permanente servicios que se habilitan o acreditan.

Cada una de estas demoras se relacionan con los determinantes sociales de la salud identificados y que se describen a continuación:

7.2.2 Determinantes sociales asociados a la mortalidad Materna

7.2.2.1 Determinantes estructurales

Como parte de los determinantes estructurales asociados con la mortalidad materna se identifican las condiciones de pobreza, exclusión social y económica en las que vive un número significativo de la población del país y que incrementa la vulnerabilidad de las mujeres a la muerte materna, que es una causa importante de muerte de las mujeres en edad fértil al mismo tiempo que es un indicador universal de la calidad en la prestación de servicios de salud.

En los análisis institucionales y domiciliarios se identifica que el SGSSS incide de manera muy importante en esta problemática. El acceso oportuno de la gestante al control prenatal, al parto y/o cuando presenta un síntoma de riesgo o una patología resulta fundamental. Sin embargo este acceso oportuno esta mediado por problemas con el aseguramiento y la rentabilidad económica dentro del sistema de salud.

Los problemas de aseguramiento han sido una constante en los análisis sobre mortalidad materna y perinatal. El que una gestante se encuentre activa en el sistema, es un proceso administrativo fundamental para que reciba atención, por ello, la falta de pago de parte de la gestante o del empleador a la Empresa Prestadora de Servicios EPS, se convierte en una barrera para la atención oportuna. Existen también demoras en los procesos de referencia y contrarreferencia cuando la gestante debe ser remitida a niveles de complejidad mayor. La situación se agudiza para las mujeres afiliadas al régimen subsidiado, quienes enfrentan mayores barreras en el acceso, menor oportunidad para recibir los servicios de salud y mayores procesos para la remisión y contrarreferencia.

A lo anterior se suman las barreras de acceso geográficas y económicas; ya que las mujeres, deben hacer varios recorridos para llegar a los centros de atención convirtiéndose en una dificultad para sus seguimientos y controles. Al respecto, el SGSSS impide que las aseguradoras contraten desde el primer nivel con entidades de otros regímenes, a pesar de que éstos puedan garantizar la atención a las gestantes en sus localidades, todo lo cual dificulta la atención integral y oportuna de las mujeres.

Finalmente, cuando la gestante logra acceder al sistema y a la atención, es tarde para detectar e intervenir factores de riesgo y patologías. Las anteriores situaciones asociadas al SGSSS y la muerte materna si bien se ponen en conocimiento de los entes rectores, éstos informan sobre los procedimientos que se deberían seguir y generan planes de mejora, sin embargo los problemas estructurales no son resueltos.

Otro determinante estructural identificado es la forma como se han organizado las intervenciones. Al respecto, se evidencia que la atención prenatal y las actividades de promoción y prevención presentan dificultades evidentes en todos los regímenes. Particularmente se identificó que no se prioriza la atención y los paquetes hacia las gestantes, los cuales, están condicionados por factores económicos que priorizan los intereses de las aseguradoras por encima de la salud de las gestantes y el recién nacido. También, se reconoce, que existen fallas en la articulación de los procesos que desarrolla salud pública, promoción y

prevención y el área asistencial, pues no logran complementarse, cada uno cumple con sus objetivos de manera individual, y por tanto no se lleva a cabo el seguimiento completo ni la atención integral que la paciente requiere. En la parte asistencial se identifica que las restricciones en los tiempos de atención, remisión a especialistas, realización de exámenes etc. que presenta nuestro sistema de salud también se constituye en un determinante estructural de la mortalidad materna.

Los modos de contratación vigentes en nuestro país, también se identifican como parte de los determinantes estructurales, ya que dificultan la consolidación de equipos de trabajo y estrategias significativas para la atención de las gestantes, dada la alta rotación que se produce en el sector salud, a ello se suma los altos niveles de insatisfacción que presentan las personas del sector salud producto de las formas de contratación todo lo cual termina afectando de manera importante la calidad de la atención que reciben las gestantes. De otra parte, la educación brindada en las universidades incide para que algunos profesionales de la salud no tengan la formación necesaria y suficiente para brindar atención con calidad. Estos profesionales tampoco cuentan con la sensibilización ni las herramientas para transmitir información vital a la comunidad.

7.2.2.2 Determinantes intermedios

En los análisis institucionales y domiciliarios se ha identificado que un número significativo de las mortalidades maternas están asociados a problemas frente a la calidad en la atención, incluyendo deficiente control prenatal, no detección e inadecuado manejo de las infecciones urinarias, no identificación temprana del riesgo y falta de remisión oportuna.

En la unidad de análisis, los diferentes participantes, identifican que los servicios de salud no brindan atención con calidad y esto se percibe en las diferentes evaluaciones que se han llevado a cabo en los Hospitales con las usuarias. En algunos profesionales encargados de la atención de las gestantes se ha observado falta de conocimiento para la prevención y detección temprana de patologías. Se reconoce que la consulta no cuenta con el tiempo suficiente y se pasan por alto detalles fundamentales, que podrían guiar el tratamiento y seguimiento específico a mujeres que están en alto riesgo. El desconocimiento de guías y protocolos de atención ha contribuido a que la atención no cumpla con estándares de calidad. Lo anterior también se relaciona con la formación de los profesionales de la salud la cual no es adecuada y por tanto éstos no logran identificar oportunamente los riesgos, ni logran explicar con claridad información

fundamental para las gestantes como son los signos o síntomas antes lo cuales deben acudir al servicio de salud.

Debido a la inestabilidad en la contratación y remuneración de los profesionales, la rotación de éstos en los centros de los Hospitales hace que procesos y estrategias como IAMI IAFI y AIEPI no alcancen el impacto requerido. Las dificultades en la contratación, inciden para que los profesionales no realicen su trabajo de forma adecuada y oportuna.

7.2.2.3 Determinantes proximales

Entre los determinantes proximales de la mortalidad materna, se evidencia que existen factores culturales y sociales como la estructura familiar, las diferencias entre los géneros, la violencia hacia las mujeres y los niños y niñas como factores que inciden para que se presenten mortalidades maternas por cuanto en estos contextos se afecta la autonomía de las mujeres, así como las posibilidades para el acceso a información y atención y la toma de decisiones.

En algunos casos, la maternidad, se convierte, en una alternativa para resolver problemas económicos o afectivos. De otro lado, la reproducción se ha construido social y culturalmente como un asunto de las mujeres, y por tanto las responsabilidades en el tema son delegadas a ellas. El acceso a los métodos anticonceptivos no esta garantizado por parte del sistema de salud, en el caso del régimen vinculado generalmente, éste no cuenta con la disponibilidad de todos los métodos y las mujeres deben usar el método más económico o el que este disponible en la unidad de atención. También se desconoce el funcionamiento y los efectos de los métodos anticonceptivos lo cual incide para que muchas mujeres prefieran no usarlos y se presenten embarazos no deseados y no planeados.

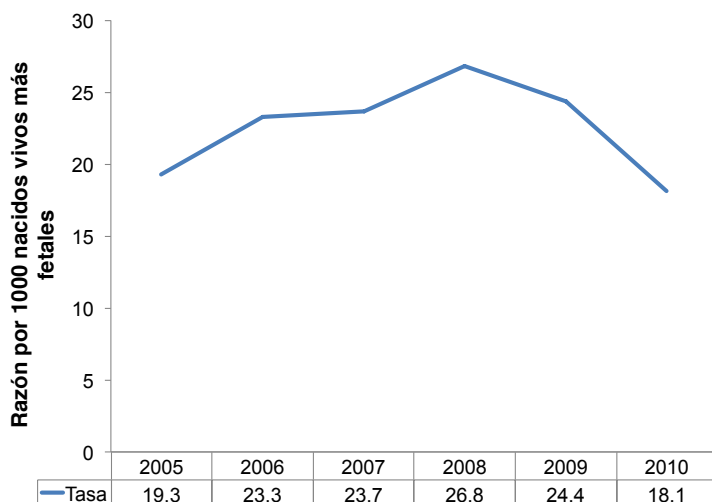
El desconocimiento y no reconocimiento de la sexualidad en las personas adolescentes y jóvenes de parte de los adultos interfiere para que éstos puedan buscar y recibir información sobre sexualidad, y por tanto buscan apoyo en sus pares quienes no cuentan con información completa. Lo anterior puede llevar a que se presenten embarazos en la etapa adolescente, en la cual la gestación es de alto riesgo para las jóvenes. Las acciones de seguimiento desde el ámbito escolar a través de “Salud Al Colegio”, son reconocidas como fundamentales para la reducción de riesgos en gestantes escolares. A pesar de que este programa tiene un papel importante en la disminución del riesgo para estas gestantes, las acciones desarrolladas son insuficientes para llevar a cabo de una parte, un

seguimiento integral y de otra, implementar acciones preventivas, ya que los programas de educación sexual son desarticulados y su cobertura es insuficiente.

7.3 Mortalidad perinatal

La tendencia de la mortalidad perinatal se muestra creciente hasta el año 2008 a partir del cual se evidencia un comportamiento decreciente pasando de 3.218 muertes a 1.991 muertes en el año 2010 (Figura 10).

Figura 10. Razón de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos. Bogotá, 2005-2010,



Fuente 2000-2008 : Certificado de Defunción Certificado Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS .-Datos Definitivos

Fuente 2009 -2010: Certificado de Defunción - Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS . Datos Preliminares

Fecha de corte: Actualizado y revisado Septiembre 26 de 2011

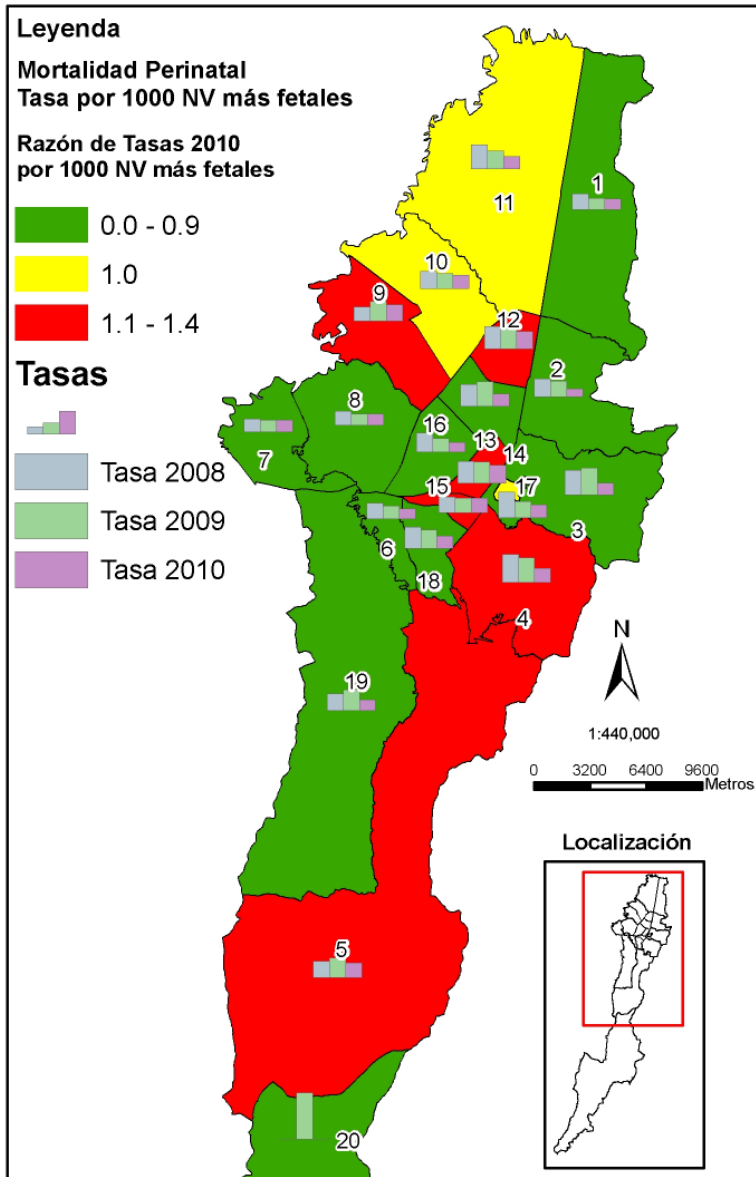
Se ha identificado que el mayor componente de la mortalidad perinatal está dado por las muertes fetales, cuya causa es desconocida en gran parte de los casos. Sin embargo, los análisis individuales de caso (5% del total de las muertes) han permitido establecer un alto número de muertes relacionadas con la salud materna y el inadecuado control prenatal.

De las muertes neonatales tempranas se han podido evidenciar problemas relacionados con la calidad en la atención del parto, el bajo peso al nacer debido a prematuridad y malformaciones congénitas y las anomalías cromosómicas.

En el año 2010 las localidades de Suba Kennedy y Ciudad Bolívar notificaron el mayor número de muertes perinatales. Aunque la razón de razones muestra que

las localidades de Martires y Barrios Unidos presentan un 40% más de riesgo de que hayan muertes perinatales comparado con la totalidad del distrito (Mapa 11).

Mapa 11. Razón de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos más fetales por localidades. Bogotá, 2008-2010



Fuente: Certificado de defunción – Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de estadísticas vitales

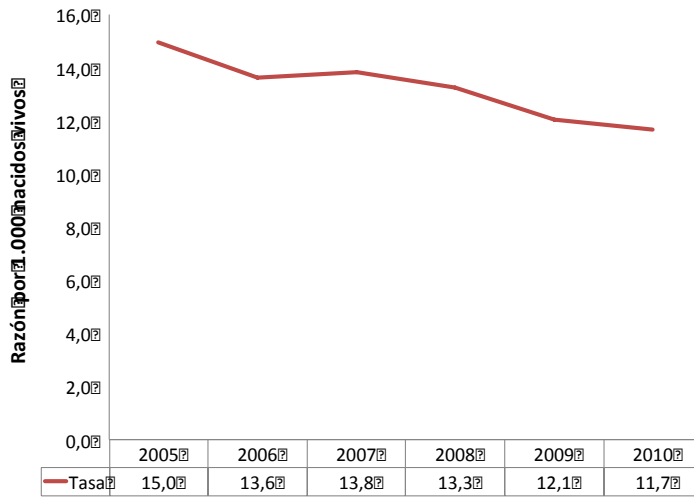
Fuente 2008: Certificado de defunción y certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE y RUAF ND.- Sistema de estadísticas vitales datos preliminares

Fuente 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para nacimientos DANE y RUAF preliminares

7.4 Mortalidad infantil

El comportamiento de la mortalidad infantil ha mostrado una tendencia decreciente entre 2005 y 2010, descendiendo de una razón de 15,0 muertes por cada 1000 nacidos vivos en el 2005 a 11,7 en el año 2010 (Figura 11).

Figura 11. Razón de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos. Bogotá, 2005-2010,



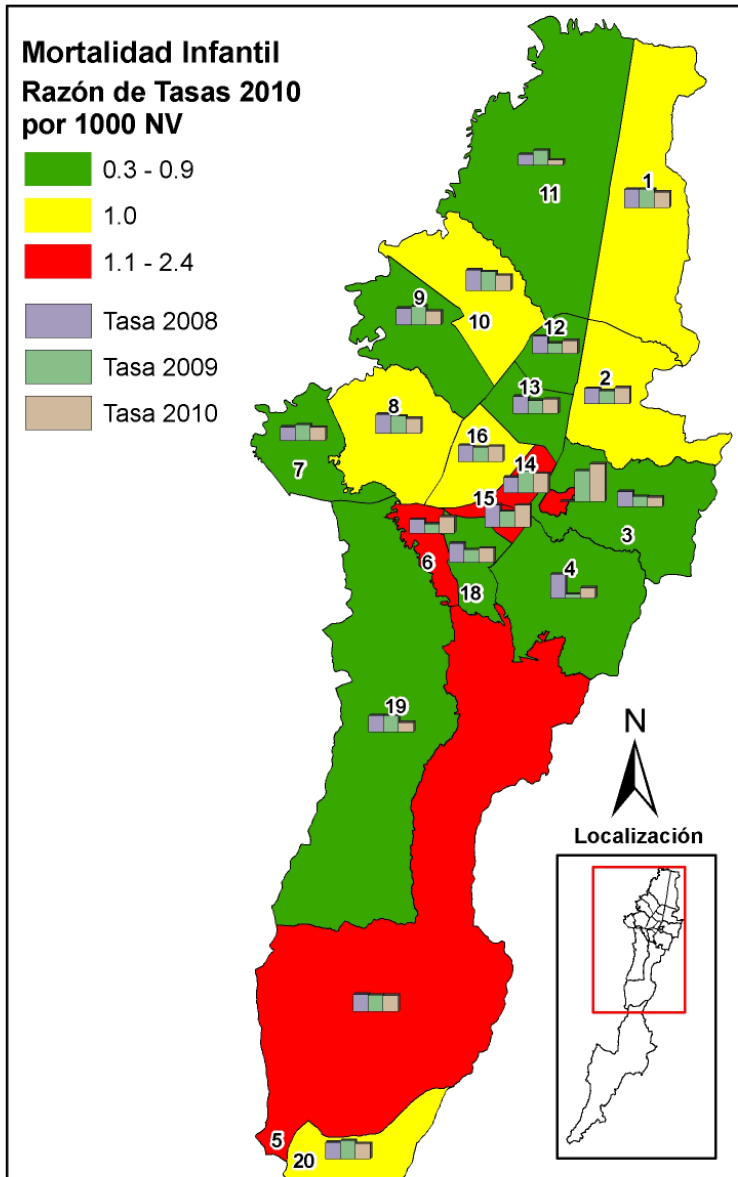
Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS por ocurrencia

Fuente población: para los años 1990 a 1996 son proyecciones realizadas en la SDS con base en el crecimiento poblacional censo 1985

Población año 1997 proyecciones de planeación distrital con base censo 1993

Para el año 2010, las localidades de Suba, Kennedy, Ciudad Bolívar y Bosa presentaron el mayor número de muertes infantiles, en estas localidades el número de casos estuvo entre 130 y 175, aunque la localidad que presenta una vez y media mayor riesgo de muerte infantil es Sumapaz donde se presentó una muerte, pero dada su baja densidad poblacional el impacto es mayor que en otras localidades (Mapa 12).

Mapa 12. Razón de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos más fetales por localidades. Bogotá, 2008-2010



Fuente: Certificado de defunción – Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de estadísticas vitales

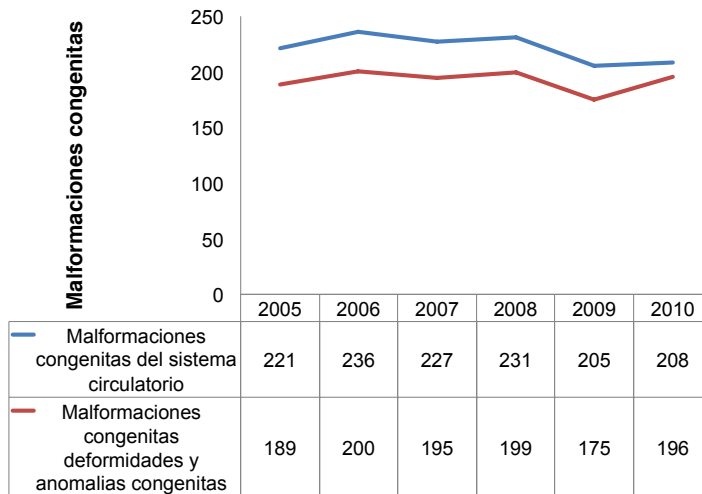
Fuente 2008: Certificado de defunción y certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE y RUAF ND.- Sistema de estadísticas vitales datos preliminares

Fuente 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para nacimientos DANE y RUAF preliminares

Las dos primeras causas de mortalidad infantil en el último quinquenio fueron las malformaciones congénitas del sistema circulatorio seguidas de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas. Las

malformaciones congénitas del sistema circulatorio han mostrado una tendencia constante con una ligera inclinación al descenso mientras que las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas muestran un comportamiento estable que en el último bienio tendió al incremento (Figura 12).

Figura 12. Mortalidad infantil por malformaciones congénitas. Bogotá, 2005-2010



Fuente: Grupo Técnico Secretaria Distrital de Salud

Los logros de Bogotá están dados por el esfuerzo que ha hecho la ciudad para reducir la mortalidad de los niños entre uno y doce meses; parte de estos esfuerzos son las medidas de apoyo que se han dirigido a la población vulnerable mediante la implementación de programas de tipo nutricional que incluyen alimentos para todos y todas y comedores comunitarios; Bogotá fue ciudad pionera de la ampliación del PAI en el país; implementa la estrategias AIEPI, IAMI, IAFI; y ha realizado un gran trabajo en la línea de prevención y atención de la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) que dio como resultado una disminución importante de mortalidad por neumonía entre los años 2004 y 2007.

7.5 Mortalidad en niños menores de 5 años

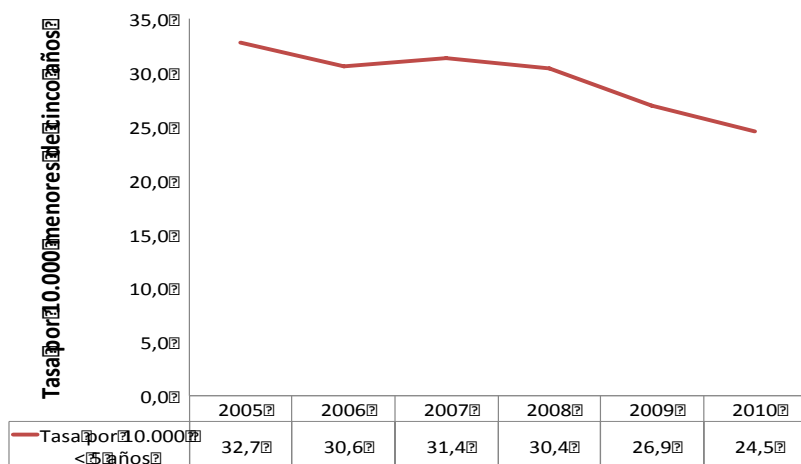
De acuerdo al Objetivo del Milenio número cuatro que dicta reducir la mortalidad en menores de cinco años, Bogotá ha construido el indicador sobre población menor de cinco años así:

$$\frac{\text{Número de defunciones en menores de 5 años}}{\text{Número de niños y niñas menores de 5 años según proyección censal}} \times 10.000 \text{ menores de 5 años}$$

Evidenciado los siguientes hallazgos:

El comportamiento de la mortalidad en menores de cinco años ha mostrado una tendencia decreciente durante los años 2005 y 2010 partiendo de una tasa de 32,7 en el año 2005 hasta llegar a 24,5 muertes por cada 10.000 menores de cinco años en el año 2010 (Figura 13).

Figura 13. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por 10.000 menores de cinco años. Bogotá, 2005-2010,



Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS por ocurrencia

Fuente población: para los años 1990 a 1996 son proyecciones realizadas en la SDS con base en el crecimiento poblacional censo 1985

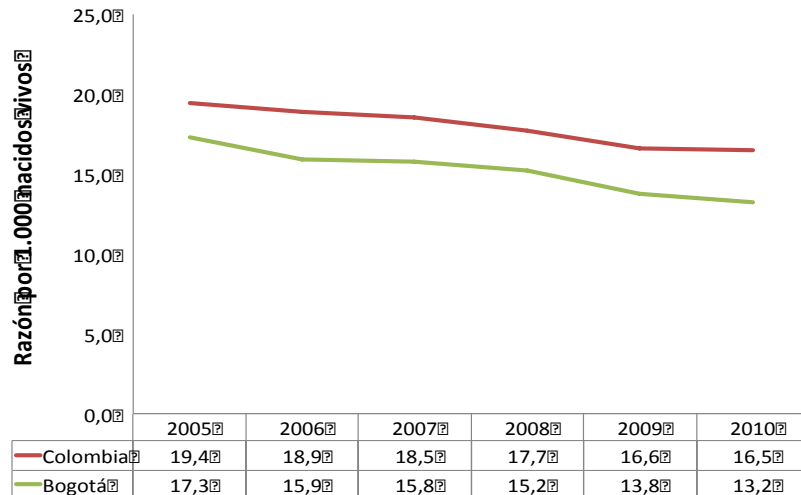
Población año 1997 proyecciones de planeación distrital con base censo 1993

Para efectos de comparabilidad, ya que a nivel nacional e internacional la mortalidad en menores de cinco años se estima sobre nacidos vivos se incluye el calculo de este indicador:

$$\frac{\text{Número de defunciones en menores de 5 años}}{\text{Número de nacidos vivos}} \times 1.000 \text{ nacidos vivos}$$

Bogotá ha presentado descenso en la tasa de mortalidad por cada 1000 nacidos vivos pasando de 17.3 casos en el año 2005 a 13,2 en el año 2010, siendo estos valores inferiores al dato nacional (Figura 14).

Figura 14. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por 1.000 nacidos vivos. Comparativo Bogotá-Colombia, 2005-2010,



Fuente: 2005-2007 Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010: Certificado de defunción bases de datos SDS y RUAF preliminares - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales. Datos nacionales consultados en: Así Vamos en Salud, página web: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=89:tasa-de-mortalidad-en-menores-de-5-anos-&catid=55:Indicadores&Itemid=74; Fecha de consulta: Diciembre 2 de 2011.

El comportamiento de la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años se ve afectado por la dificultad de bajar las tasas de la mortalidad perinatal; por enfermedades congénitas y por neumonía. En el análisis de la mortalidad en menores de 5 años se observa que entre los años 2005 a 2008 la neumonía aparece dentro de las 5 primeras causas de mortalidad (quinta), no ocurre lo mismo para los años 2009 y 2010.

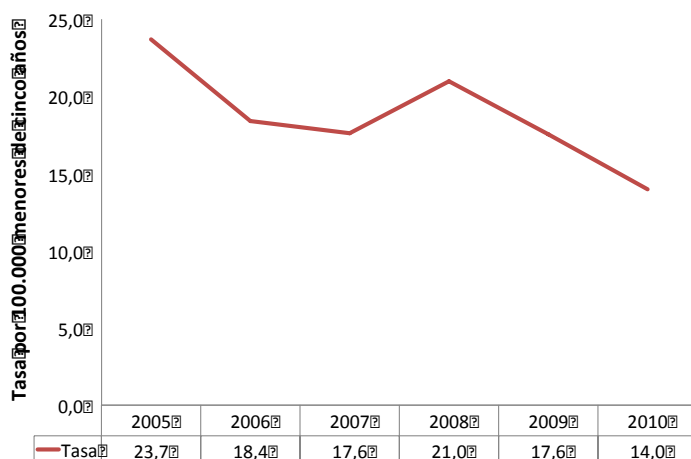
La principal causa de mortalidad en menores de 5 años es la mortalidad infantil y dentro de este grupo la mortalidad perinatal. Se pueden detectar dos noxas (causas) biológicas de este comportamiento, por un lado la mayor supervivencia perinatal de los niños y niñas con mayor vulnerabilidad del sistema respiratorio y por ende mayor riesgo de bronquiolitis y neumonía en especial en los primeros 2 años de vida. La segunda noxa es la variabilidad climática y el patrón estacional de circulación viral en el distrito capital en especial por virus sincitial respiratorio y adenovirus. A lo anterior se puede agregar causas como bajo nivel socioeconómico e inequidad social.

Las causas y proporciones sobre el total de causas de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años son similares entre el nivel nacional y distrital, evidenciándose en especial las malformaciones congénitas, las afecciones respiratorias perinatales y la infección respiratoria aguda. En los niños y niñas menores de 5 años, las primeras cinco causas han permanecido invariables, destacándose como primera causa los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, malformaciones congénitas del sistema circulatorio y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas

7.6 Mortalidad por neumonía en menores de cinco años

El comportamiento de la mortalidad por neumonía ha mostrado una tendencia decreciente en los últimos cinco años, descendiendo de una tasa de 23,7 muertes por cada 100.000 menores de cinco años en el 2005 a 14,0 en el año 2010; se hace evidente el pico ocurrido en el año 2008 donde se notificaron 124 muertes que elevaron la tasa a 21,0 por 100.000 menores de cinco años, esta elevación se atribuye a la pandemia por el virus AH1N1 (Figura 15).

Figura 15. Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años por 100.000 menores de cinco años. Bogotá, 2005-2010



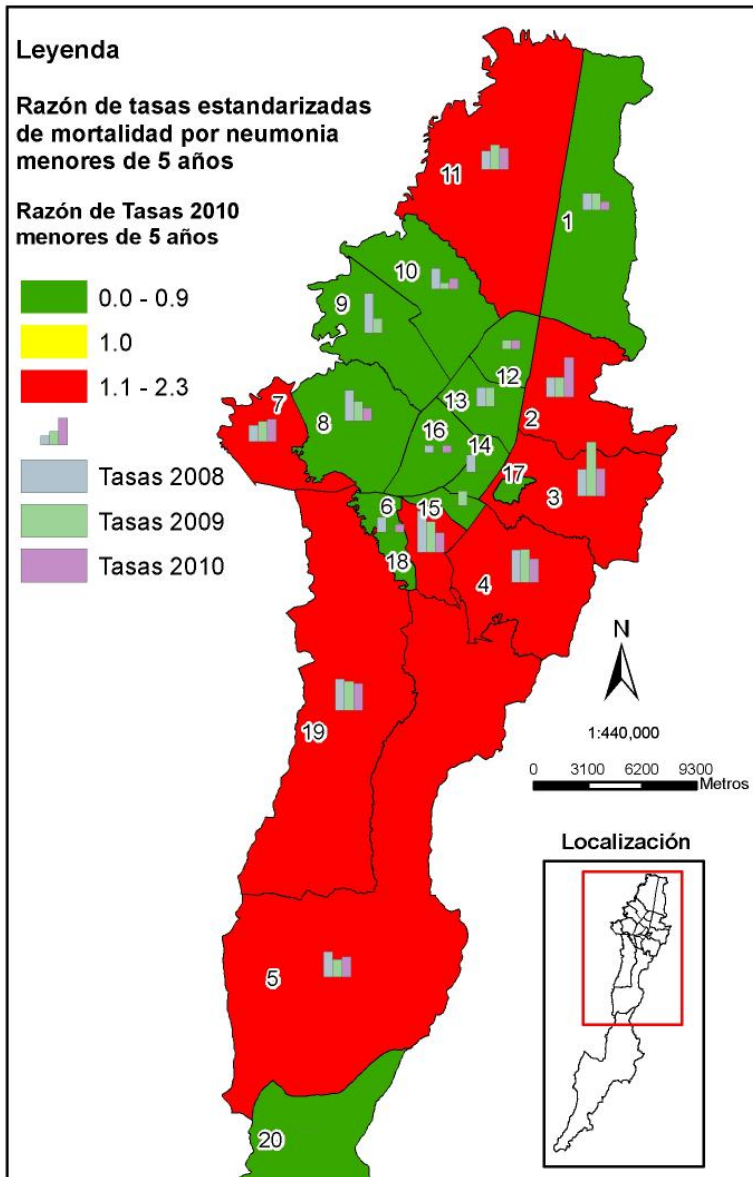
Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS por ocurrencia

Fuente población: para los años 1990 a 1996 son proyecciones realizadas en la SDS con base en el crecimiento poblacional censo 1985

Población año 1997 proyecciones de planeación distrital con base censo 1993

Para el año 2010, las localidades de Suba, Ciudad Bolívar y Bosa presentaron el mayor número de muertes infantiles y la localidad de Chapinero presenta 1,3 veces mayor riesgo de muerte por neumonía entre los menores de cinco años (Mapa 13).

Mapa 13. Tasas de mortalidad por neumonía por 100.000 menores de cinco años por localidades. Bogotá, 2008-2010



Fuente: Certificado de defunción – Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de estadísticas vitales

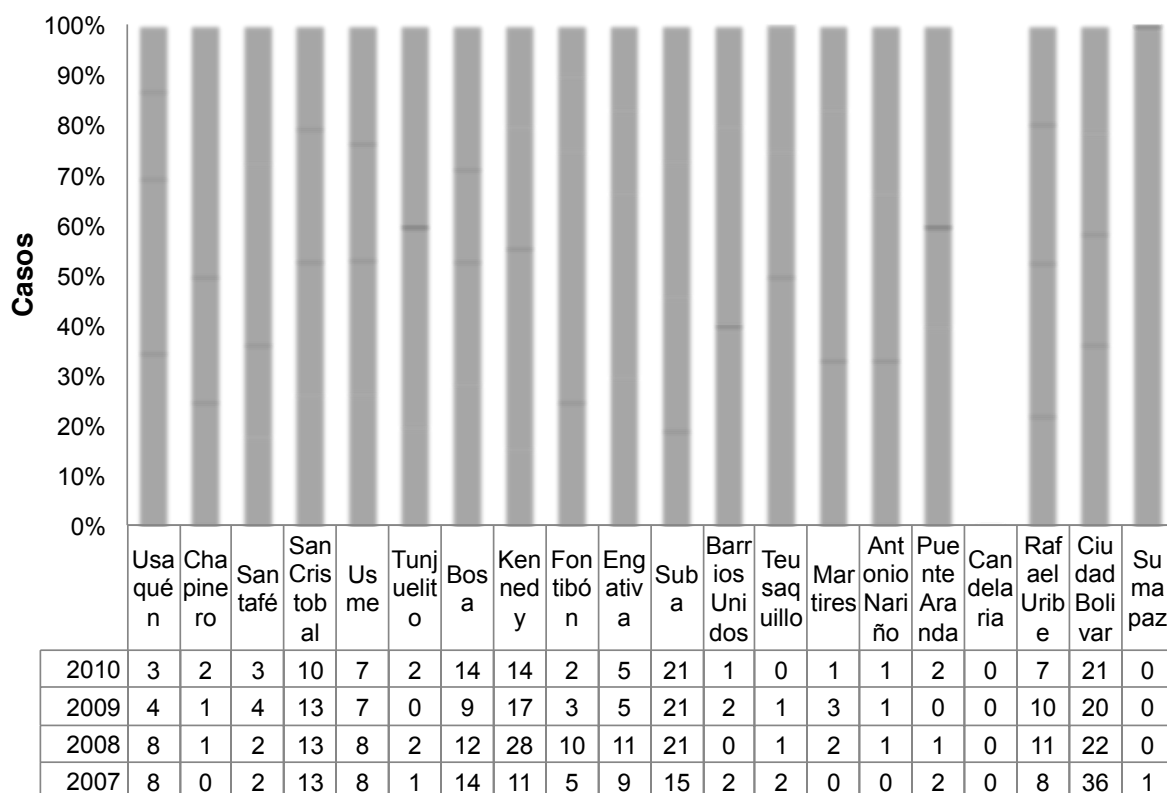
Fuente 2008: Certificado de defunción y certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE y RUAF ND.- Sistema de estadísticas vitales datos preliminares

Fuente 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para nacimientos DANE y RUAF preliminares

A través de la experiencia se han identificado dos picos estacionales al año donde los casos de mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) aumentan; el primero ocurre entre los meses de Marzo y Mayo y el segundo entre Septiembre y Diciembre. El análisis comparativo del primer semestre de los años 2007 a 2010

las localidades de Chapinero, Tunjuelito y Puente Aranda muestran una tendencia al incremento de los casos (figura 16).

Figura 16. Mortalidad por ERA en menores de cinco años por 100.000 menores de cinco años. Bogotá, 2007-2010,

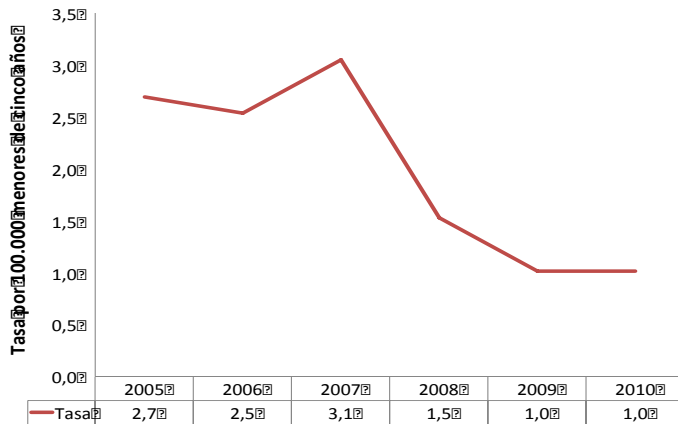


Fuente: Certificado de defunción.-Bases preliminares SDS y RUAF.- Datos preliminares

7.7 Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años

El comportamiento de la mortalidad por EDA ha mostrado una tendencia decreciente a los largo de los últimos cinco años, descendiendo de una tasa de 2,7 muertes por cada 100.000 menores de cinco años en el 2005 a 1,0 en el año 2010 (Figura 17).

Figura 17. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años por 100.000 menores de cinco años. Bogotá, 2005-2010,



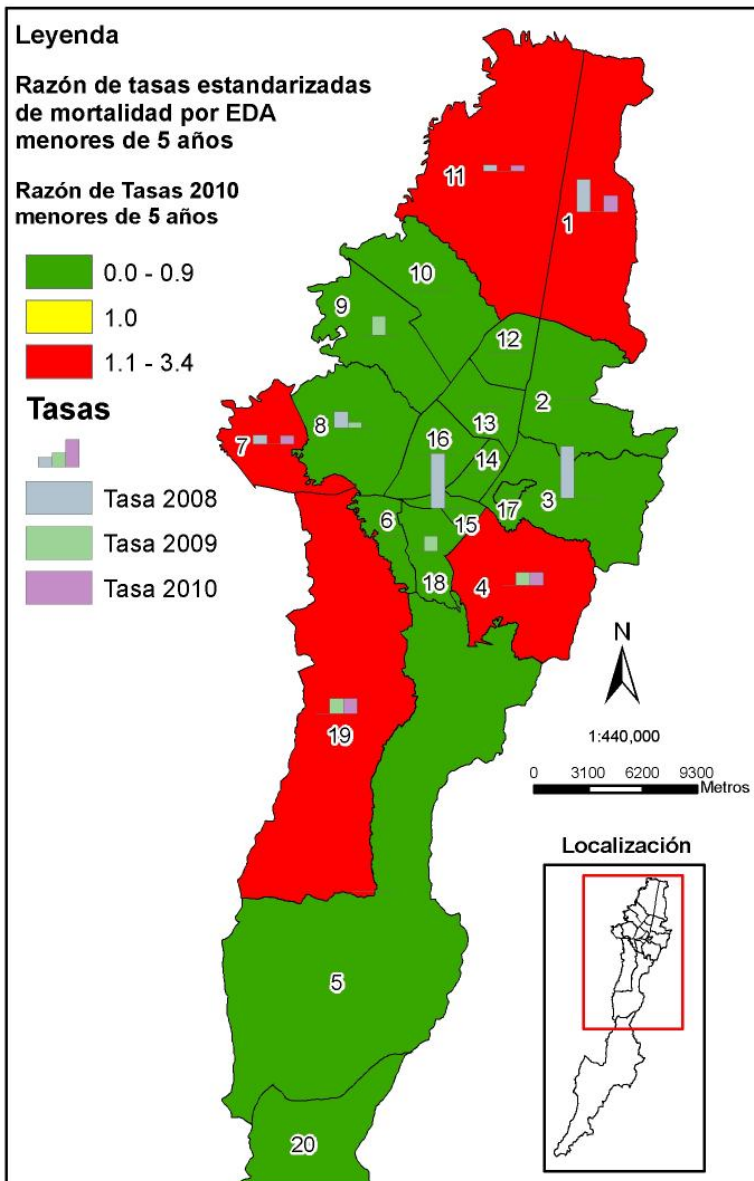
Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS por ocurrencia

Fuente población: para los años 1990 a 1996 son proyecciones realizadas en la SDS con base en el crecimiento poblacional censo 1985

Población año 1997 proyecciones de planeación distrital con base censo 1993

Para el año 2010, las localidades de Ciudad Bolívar, Usaquén, San Cristóbal, Bosa y Suba notificaron mortalidades por EDA en menores de cinco años, las demás localidades no presentaron muertes por esta causa. El riesgo de morir por EDA en estas cinco localidades oscila entre 1,2 y 3,4 siendo menor para Suba y mayor para Usaquén (Mapa 14).

Mapa 14. Tasas de mortalidad por EDA por 100.000 menores de cinco años por localidades. Bogotá, 2008-2010



Fuente: Certificado de defunción – Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de estadísticas vitales

La disminución de la tasa de mortalidad por EDA esta relacionada con el mejoramiento en el acceso a agua potable, adecuadas prácticas en la manipulación de alimentos y de manejo de desechos sólidos y líquidos.

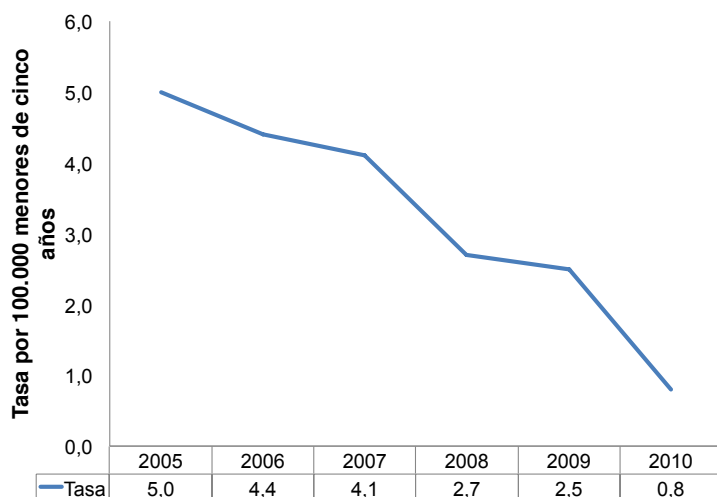
Dentro de los factores favorecedores de la reducción de este evento están: mayor accesibilidad a los servicios de salud; aumento de las coberturas de los programas de promoción y prevención; mayor aprendizaje del manejo de la patología por

parte de los ciudadanos; identificación oportuna de los signos de alarma como resultado del trabajo directo con padres, madres de familia y cuidadores de los niños y niñas en los ámbitos familiar, jardín infantil, comunitario e instituciones prestadoras de servicios de salud.

7.8 Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años

La mortalidad por desnutrición se ha comportado de manera decreciente pasando de una tasa de 5,0 (30 casos) en el año 2005 a una tasa de 0,8 (5 casos) por 100.000 menores de cinco años en el año 2010. (Figura 18).

Figura 18. Tasa de mortalidad por desnutrición por 100.000 menores de cinco años. Bogotá, 2005 - 2010



Fuente: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales

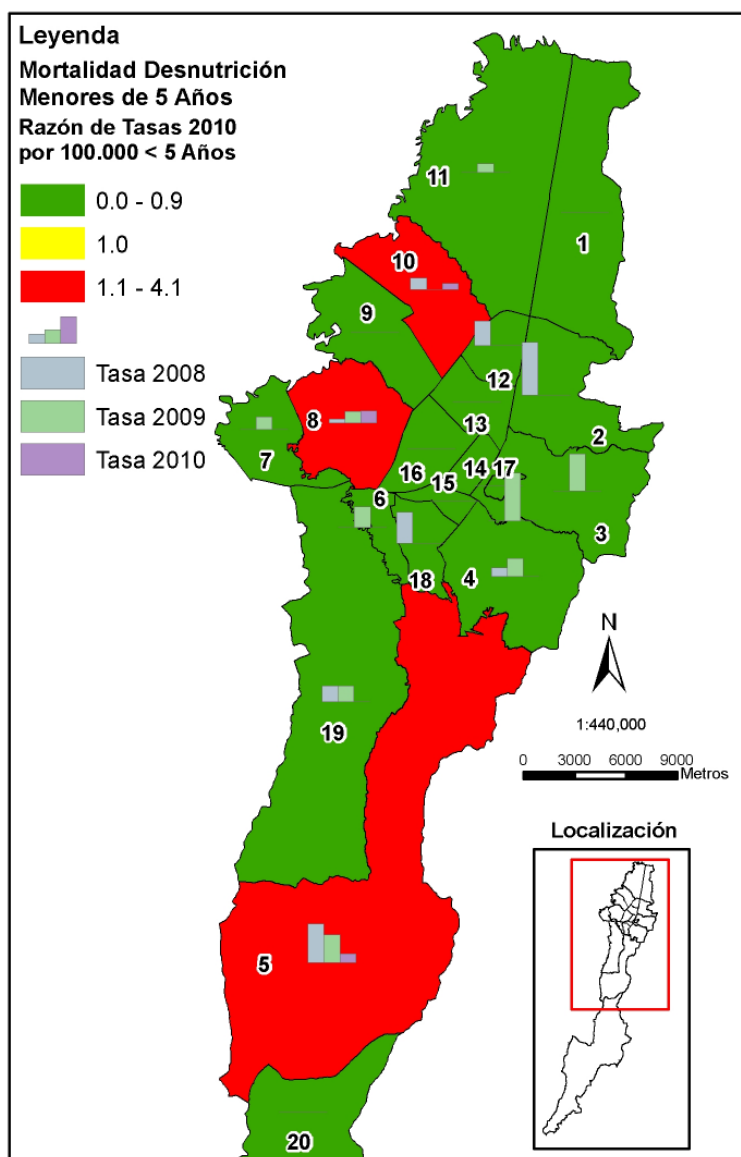
Fuente 2008-2009: Bases de datos DANE preliminares faltando la información RUAF

Fuente 2010-2011: Bases de datos defunciones SDS.- Nacimientos DANE y RUAF preliminar

Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP

Las localidades de Kennedy, Usme y Engativá fueron las únicas que notificaron muerte por desnutrición: 3, 1 y 1 respectivamente (Mapa 15).

Mapa 15. Tasas de mortalidad por desnutrición por 100.000 menores de cinco años por localidades. Bogotá, 2008-2010



Fuente: Certificado de defunción – Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de estadísticas vitales

Tercer capítulo: Salud y ambiente

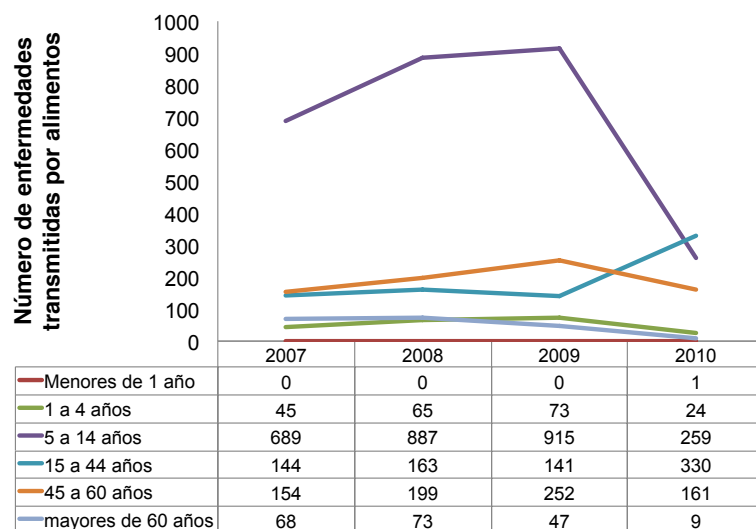
Bogotá es una ciudad de movimiento industrial y laboral por lo cual genera gran flujo de transporte, personas y mercancías contribuyendo así a la constitución de una ciudad con gran contaminación atmosférica.

En este capítulo se presentan las líneas de la política de salud ambiental de la SDS con los datos e indicadores que se encuentran publicados en la página web del observatorio de salud ambiental de la SDS

8 Seguridad alimentaria

Para el año 2010 se notificaron un total de 784 casos de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), se evidencia un incremento de los casos en la población de 15 a 44 años presentándose 189 casos más que en el año 2009; los demás ciclo vitales tienden a disminuir el número de casos con respecto al año anterior (Figura 19). Adicionalmente, en el año 2010 se presentaron 832 brotes de ETA 2 muertes¹⁰.

Figura 19. Morbilidad por Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) por ciclo vital. Bogotá, 2007-2010



Fuente: Observatorio de salud ambiental de Bogotá SDS. Consultado en: el 8 de Febrero de 2012.

9 Salud ambiental

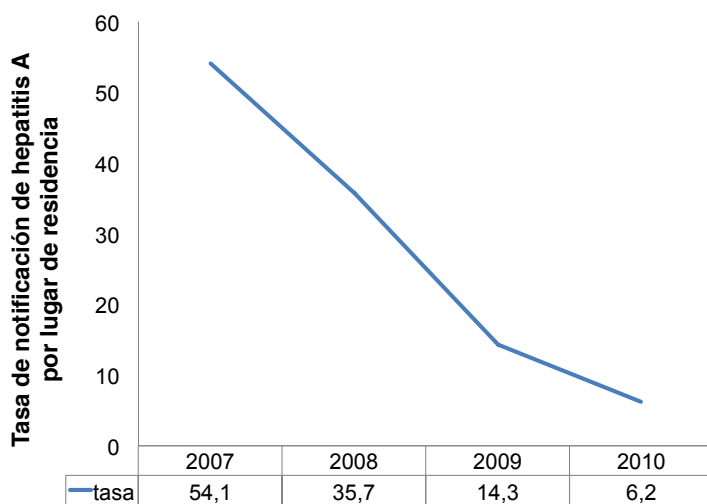
9.1 Calidad del agua y saneamiento

La calidad del agua representa un factor importante para la salud de la población. Para el año 2010. Dentro de los indicadores que se han definido en esta línea de intervención están: tasa de notificación de hepatitis A; tasa de mortalidad por EDA, morbilidad por EDA, índice de riesgo para calidad de agua potable, porcentaje de cobertura de vigilancia de acueductos sanitarios

9.1.1 tasa de notificación de hepatitis A

la tasa de notificación de hepatitis A en Bogotá fue de 6,2 por 100.000 habitantes, la localidad de La Candelaria presentó una tasa de notificación de 20,7 siendo la más alta de la ciudad, lo cual indica que existe un riesgo de 2,28 veces más de tener notificaciones de hepatitis A en esta localidad que en el distrito con un intervalo de confianza del 95% (Tabla 9). En general, la tendencia de la notificación de hepatitis A ha sido decreciente entre 2007 y 2010 evidenciándose los avances logrados con la inclusión de la vacuna al esquema regular (Figura 19).

Figura 20. Tasa de notificación de hepatitis A según lugar de residencia. Bogotá, 2007-2010



Fuente: Fuente: Sivigila 2007-2010. Grupo Inmunoprevenibles SDS

9.1.2 Morbilidad y mortalidad por EDA

El seguimiento de la morbilidad por EDA se realiza a través de la notificación colectiva al SIVIGILA, para el año 2010 se notificaron un total de 606.563. la

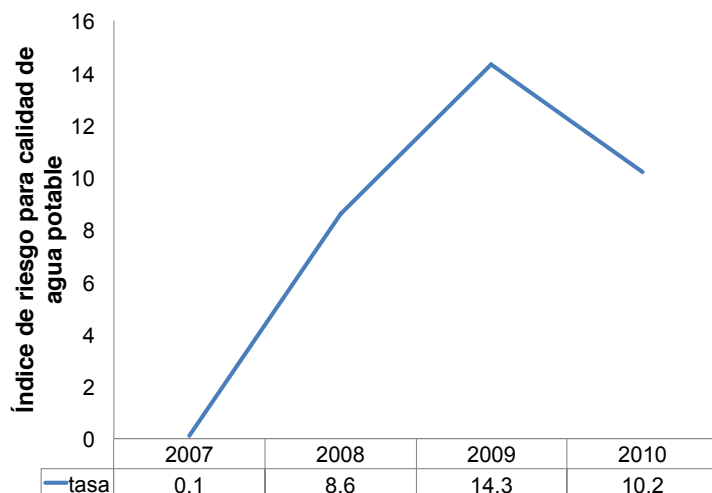
localidades de Suba, Teusaquillo y Usaquén fueron las que mayor número de eventos notificaron con 45.038, 44.625 y 44.186 casos respectivamente. Cabe resaltar que estos datos corresponden al sitio de notificación (Tabla 9).

Por otra parte la tasa de mortalidad por EDA para 2010 fue de 1,0 con una tendencia decreciente entre los años 2007 y 2010

9.1.3 Índice de riesgo para calidad de agua potable y porcentaje de cobertura de vigilancia de acueductos sanitarios

El índice de riesgo de calidad de agua potable mostró una tendencia al incremento entre 2007 y 2009 donde alcanzó un pico de 14,3, para 2010 disminuyó a 10,2 (Figura 20). Por otra parte, el porcentaje de cobertura de vigilancia de los acueductos sanitarios ha sido del 100% en el último cuatrienio.

Figura 21. Índice de riesgo para calidad de agua potable. Bogotá, 2007-2010



Fuente: Observatorio de salud ambiental de Bogotá SDS. Consultado en: el 8 de Febrero de 2012.

9.2 Calidad del aire y radiación electromagnética

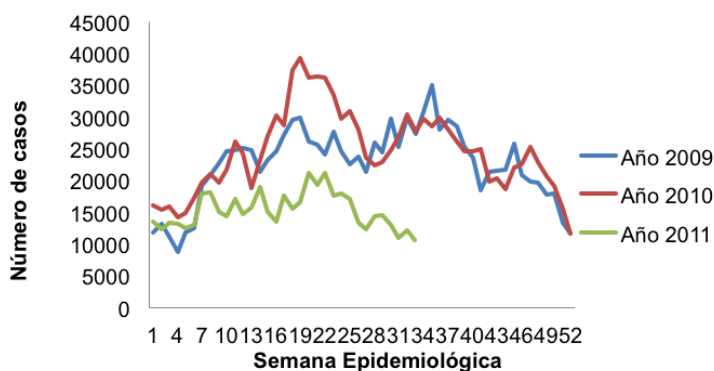
En esta línea de intervención se incluyen algunos indicadores relacionados con Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) y las intoxicaciones intramurales por monóxido de carbono.

9.2.1 Enfermedad Respiratoria Aguda

La experiencia en ERA ha permitido identificar dos picos de incremento del evento, el primero ocurre entre marzo y junio, y el segundo entre finales de agosto y octubre, estos picos corresponden con las temporadas invernales.

De acuerdo a la información obtenida entre 2.008 y 2.010 se ha logrado estimar que durante los picos el número de casos esperados de ERA oscila entre 18.000 y 25.000 semanales; no obstante, en el año 2.010 se evidenció un incremento considerable en el número de casos de infección respiratoria llegando a notificarse 39.153 casos en la semana 19. La tendencia para ese mismo año muestra un descenso en la notificación a partir de la semana 36 que podría explicarse en gran parte por la inclusión del nuevo aplicativo web para la notificación del evento lo cual ha generado un importante sub-registro debido a la utilización dos sistemas simultáneamente (Sivigila de escritorio y aplicativo web) (Figura 21).

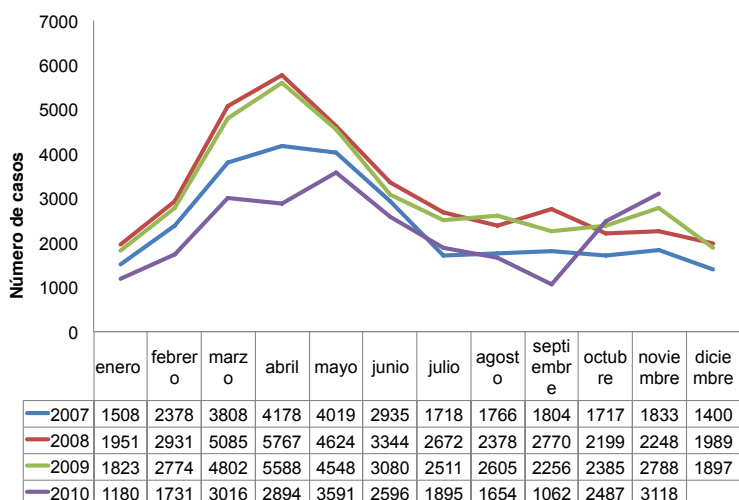
Figura 22. Notificación de morbilidad por IRA al Sivigila. Bogotá, 2009-2011*



Fuente: Sivigila años 2009, 2010 y 2011* con corte a la semana epidemiológica 33. Datos preliminares.

Las Salas ERA constituyen una modalidad de atención para disminuir las complicaciones de niños con ERA, las hospitalizaciones innecesarias y la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en niños y niñas menores de 5 años. Bogotá para el año 2011 cuenta con 89 salas ERA en funcionamiento, de las cuales el 86,5% son públicas y el 13.4% restante pertenecen a la red privada. El monitoreo de las salas ERA evidencia el primer pico de enfermedad respiratoria del año con un aumento en la demanda de atención (Figura 22).

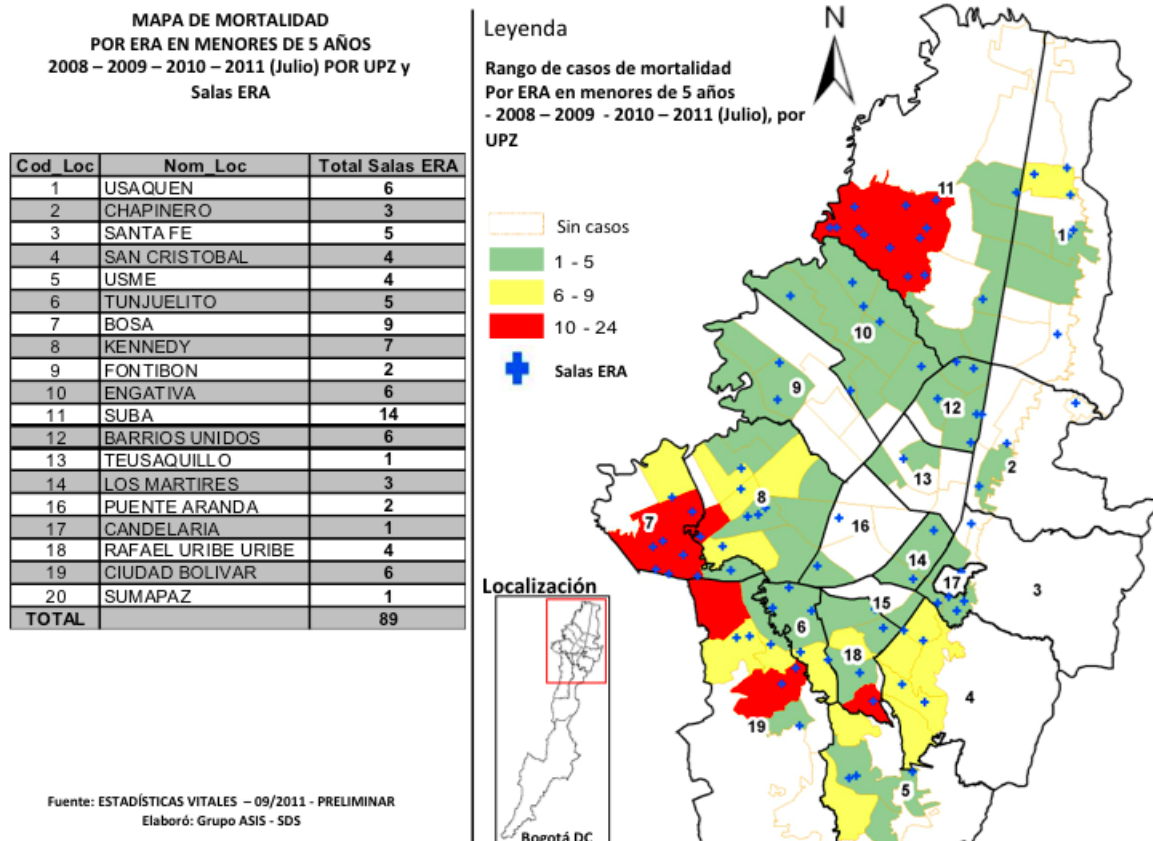
Figura 23. Casos atendidos en salas ERA. Bogotá, 2007-2010



Fuente: Observatorio de salud ambiental de Bogotá SDS. Consultado en: el 8 de Febrero de 2012.

El análisis de la ubicación de las salas ERA muestra que en las localidades de Suba y Bosa son las localidades que presentan mayor cantidad de casos de mortalidad por ERA, de igual manera son las localidades que más salas ERA tienen (Mapa 16).

Mapa 16. Mortalidad por ERA y en menores de cinco años y ubicación de salas ERA por UPZ. Bogotá, 2008-2011.

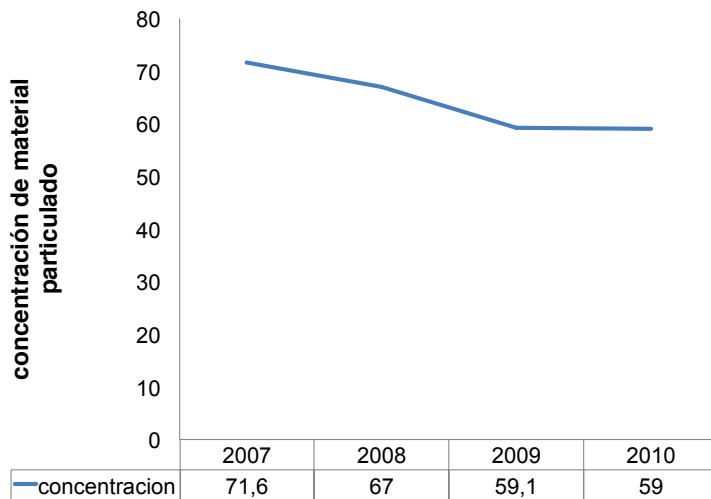


Fuente: Estadísticas vitales
Elaboró: Equipo ASIS-SDS

9.2.1.1 Concentración de material particulado y Sibilancia por material particulado

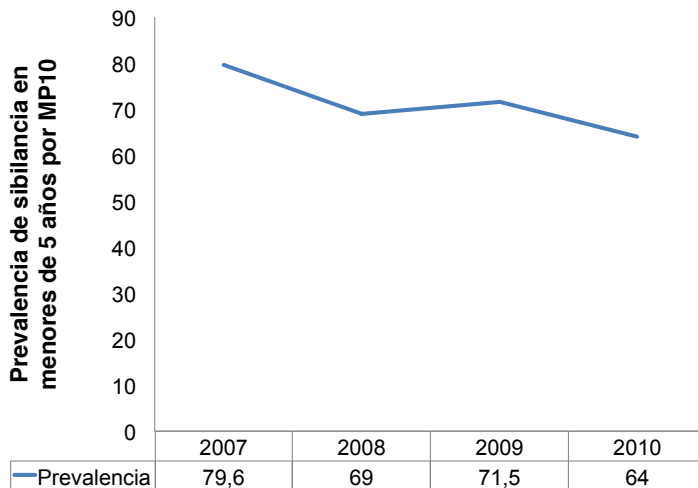
La concentración de material particulado entre 2007 y 2010 ha disminuido un 17,6% haciendo que de la misma manera, la tendencia de la prevalencia de sibilancias en menores de cinco años debido a material particulado MP10 sea decreciente (Figuras 23 y 24)

Figura 24. Concentración anual de material particulado en la ciudad. Bogotá, 2007-2010



Fuente: Observatorio de salud ambiental de Bogotá SDS. Consultado en: el 8 de Febrero de 2012.

Figura 25. Prevalencia de sibilancia en menores de cinco años debido a material particulado PM10. Bogotá, 2007-2010



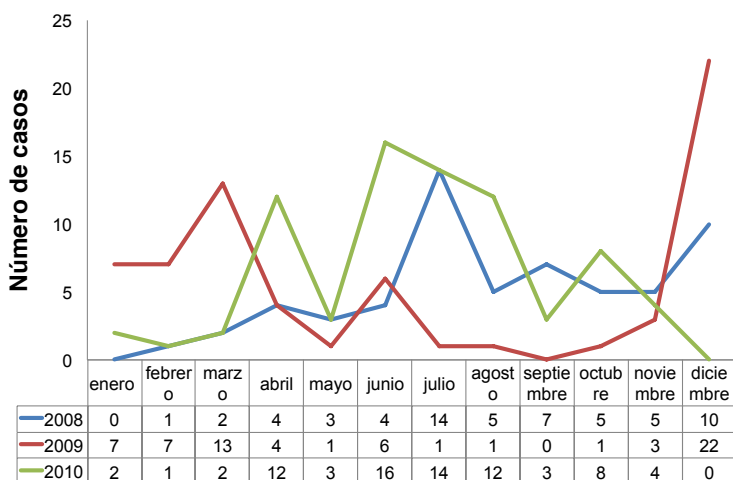
Fuente: Observatorio de salud ambiental de Bogotá SDS. Consultado en: el 8 de Febrero de 2012.

9.2.2 Intoxicaciones por monóxido de carbono

Para el año 2010 se evidencia una reducción en los casos de intoxicación por monóxido de carbono comparado con los años 2008 y 2009 (Figura 25)

de acuerdo a los registros del SIVIGILA, en el año 2010 se atendieron un total de 77 casos de intoxicación que corresponden al 4.68% del total de eventos de intoxicación por otras sustancias tóxicas (1649); en los meses de marzo, abril, junio y julio de los años 2009 y 2010 se presentó la mayoría de casos de intoxicación¹¹.

Figura 26. Casos de intoxicaciones intramural por monóxido de carbono. Bogotá, 2008-2010



Fuente: Observatorio de salud ambiental de Bogotá SDS. Consultado en: el 8 de Febrero de 2012.

9.3 Seguridad química

A continuación se presentan los indicadores de seguridad química que vigila la SDS y que se encuentran disponibles en la página web del observatorio de salud ambiental de la SDS (Tabla 19).

Tabla 19. Indicadores de seguridad química. Bogotá, 2008-2010

Año	Número de empresas usuarias de materiales peligrosos en el distrito	Número de incidentes en industrias con materiales peligrosos por actividad económica	Distribución percapita del almacenamiento de sustancias químicas peligrosas por habitante	Porcentaje de empresas que cuentan con un plan de emergencias respecto al total de empresas usuarias de sustancias químicas peligrosas en el distrito
2008	3155	6	3,05	48,4
2009	5794	12	6,32	49
2010	8030	6	4,66	61,4

Fuente: Observatorio de salud ambiental de Bogotá SDS. Consultado en: el 8 de Febrero de 2012.

9.4 Zoonosis

A continuación se presentan los indicadores de eventos transmitidos de origen zoonótico que vigila la SDS y que se encuentran disponibles en la página web del observatorio de salud ambiental de la SDS (Tabla 20).

Tabla 20. Indicadores de eventos transmitidos de origen zoonótico. Bogotá, 2008-2010

Año	Datos encontrados de control integrado de vectores (artropodos y roedores plaga)	Porcentaje de cobertura de vacunación antirrábica	Datos encontrados de control de población canina callejera (recolección canina callejera)	Datos encontrados de animales controlados por generar accidente de agresión animal	Datos encontrados de control de población canina y felina callejera (esterilización)
2007	111,7	70	14447	3055	13839
2008	114,4	70	13429	4299	16050
2009	90,5	65	11931	4288	16424
2010	52,5	62	5945	4441	18904

Fuente: Observatorio de salud ambiental de Bogotá SDS. Consultado en: el 8 de Febrero de 2012.

9.5 Medicamentos seguros

A continuación se presentan los indicadores de medicamentos seguros que vigila la SDS y que se encuentran disponibles en la página web del observatorio de salud ambiental de la SDS (Tabla 21).

Tabla 21. Indicadores de la línea de medicamentos seguros. Bogotá, 2008-2010

Año	Datos encontrados de número total de casos de reacciones adversas a medicamentos reportadas en el distrito	Datos encontrados de porcentaje de brotes y/o alertas de intoxicaciones agudas por medicamentos investigados	Datos encontrados de porcentaje de brotes y/o alertas de intoxicaciones agudas por medicamentos diagnosticados por laboratorio	Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes, por intoxicación aguda por medicamentos	Datos encontrados de letalidad de la intoxicación aguda por medicamentos
2007		0	0	0,043	0,21
2008	637	0	6,8	0,042	0,07
2009	437	0	6,9	0,014	0,31
2010	535	52,8	9,8	0,081	0,18

Fuente: Observatorio de salud ambiental de Bogotá SDS. Consultado en: el 8 de Febrero de 2012.

Conclusiones y recomendaciones

El desarrollo de los diagnósticos de salud tanto locales como distrital dan como resultado potentes herramientas para orientar la toma de decisiones, el proceso de elaboración debe potencializar la información para que el diagnóstico cumpla su real objetivo, la construcción del diagnóstico debe contemplarse como un proceso estricto, donde confluyan todos los sectores y actores involucrados e interesados en la salud de los Bogotanos.

Este diagnóstico da cuenta de algunos indicadores de eventos en salud pública; su contenido se puede fortalecer con la articulación con las demás direcciones de la Secretaría Distrital de Salud, y otros sectores que aportan a la explicación de las causas de morbilidad, mortalidad y estado de salud de las personas en la ciudad.

En Bogotá se evidencia como las condiciones propias del territorio conducen a que se presenten desigualdades en las poblaciones que de manera directa o indirecta afectan el estado de salud de las mismas; la evidencia recopilada en este documento, muestra también como se distribuye de manera inequitativa la salud en las localidades. Llamam la atención los hallazgos de la situación de salud de la localidad de Mártires (entre otras), donde se observa un decremento en las condiciones de salud y bienestar, con aumento de la morbilidad y de la mortalidad.

Es necesario complementar los análisis haciendo uso de abordajes cualitativos, estas aproximaciones permiten entender con mayor profundidad los determinantes que intervienen en los procesos de salud y posibilita la participación social y comunitaria en los análisis, deslumbrando así las percepciones de salud de la población.

Es fundamental incentivar y apoyar el desarrollo de trabajos investigativos que conduzcan a establecer los factores productores de la distribución inequitativa de la salud en la población y las causas de la persistencia de los problemas de salud. El apoyo de instituciones estatales, universidades, organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas, promete un avance científico-investigativo para la ciudad.

Anexo 1. Proyección estadística de la población por localidad, sexo y grupos de edad quinquenal. Bogotá, 2010

Edad (años)	Total Bogota mujeres	Total Bogota hombres	total Bogotá	%	Usaquen (1)			Chapinero (2)			Santa fe (3)			San Cristobal (4)			Usme (5)		
					Mujer	Hombre	Total Usaquen	Mujer	Hombre	Total Chapinero	Mujer	Hombre	Total Santa fe	Mujer	Hombre	Total San Cristobal	Mujer	Hombre	Total Usme
Total	3.815.069	3.548.713	7.363.782	100	252.633	217.002	469.635	71.105	61.166	132.271	54.805	55.244	110.049	210.346	199.802	410.148	184.446	179.261	363.707
0 a 4	289.774	304.059	593.832	8,1	14.711	14.524	29.235	3.070	3.077	6.147	4.183	4.746	8.929	17.908	18.963	36.871	17.701	18.948	36.649
5 a 9	292.071	306.436	598.507	8,1	15.270	15.077	30.347	2.853	2.861	5.714	4.105	4.654	8.759	18.188	19.265	37.453	18.089	19.361	37.450
10 a 14	308.646	319.911	628.557	8,5	16.595	16.186	32.781	3.220	3.190	6.410	4.386	4.914	9.300	19.669	20.587	40.256	19.203	20.315	39.518
15 a 19	320.742	331.371	652.114	8,9	19.397	18.868	38.265	5.078	5.016	10.094	4.693	5.245	9.938	19.518	20.374	39.892	18.430	19.444	37.874
20 a 24	310.388	314.591	624.978	8,5	19.985	19.079	39.064	6.553	6.353	12.906	4.567	5.017	9.584	17.057	17.488	34.545	15.696	16.264	31.960
25 a 29	341.825	312.007	653.832	8,9	22.457	19.259	41.716	7.520	6.555	14.075	4.829	4.803	9.632	17.821	16.479	34.300	15.554	14.546	30.100
30 a 34	320.707	293.278	613.985	8,3	20.995	18.049	39.044	6.446	5.634	12.080	4.305	4.292	8.597	16.774	15.546	32.320	14.244	13.350	27.594
35 a 39	281.535	256.024	537.559	7,3	17.923	15.315	33.238	4.868	4.228	9.096	3.746	3.713	7.459	15.494	14.277	29.771	12.780	11.910	24.690
40 a 44	275.772	244.290	520.062	7,1	18.314	15.237	33.551	4.884	4.131	9.015	3.588	3.468	7.056	14.581	13.094	27.675	12.181	11.066	23.247
45 a 49	265.949	229.412	495.361	6,7	19.280	15.610	34.890	5.305	4.371	9.676	3.591	3.386	6.977	13.245	11.590	24.835	11.705	10.361	22.066
50 a 54	225.499	188.755	414.254	5,6	17.740	13.927	31.667	5.070	4.051	9.121	3.271	2.997	6.268	10.940	9.293	20.233	9.599	8.251	17.850
55 a 59	176.026	145.064	321.090	4,4	14.676	11.337	26.013	4.307	3.385	7.692	2.576	2.325	4.901	8.522	7.130	15.652	6.571	5.562	12.133
60 a 64	134.465	109.817	244.282	3,3	11.199	8.569	19.768	3.337	2.598	5.935	2.045	1.831	3.876	6.764	5.605	12.369	4.652	3.901	8.553
65 a 69	97.554	78.036	175.590	2,4	8.525	6.388	14.913	2.670	2.037	4.707	1.642	1.442	3.084	5.150	4.183	9.333	3.196	2.629	5.825
70 a 74	71.279	51.185	122.464	1,7	6.132	4.105	10.237	2.029	1.385	3.414	1.300	1.030	2.330	3.845	2.807	6.652	2.244	1.660	3.904
75 a 79	50.270	33.870	84.140	1,1	4.508	2.823	7.331	1.720	1.098	2.818	974	728	1.702	2.515	1.724	4.239	1.397	969	2.366
80 y más	52.567	30.608	83.175	1,1	4.926	2.649	7.575	2.175	1.196	3.371	1.004	653	1.657	2.355	1.397	3.752	1.204	724	1.928

Fuente: DANE. Proyección de población de Bogotá 2000-2015 anualizada por sexo y edades simples (0 a 24 años y por grupos quinquenales de 25 años en adelante) según localidad. SDS: Dirección de Planeación y Sistemas.

Anexo 1. Proyección estadística de la población por localidad, sexo y grupos de edad quinquenal. Bogotá, 2010

Edad (años)	Tunjuelito (6)			Bosa (7)			Kennedy (8)			Fontibon (9)			Engativa (10)			Suba (11)		
	Mujer	Hombre	Total Tunjuelito	Mujer	Hombre	Total Bosa	Mujer	Hombre	Total Kennedy	Mujer	Hombre	Total Fontibon	Mujer	Hombre	Total Engativa	Mujer	Hombre	Total Suba
Total	102.434	99.576	202.010	290.714	278.379	569.093	518.783	490.744	1.009.527	178.089	160.109	338.198	437.411	398.713	836.124	550.109	493.897	1.044.006
0 a 4	7.795	8.498	16.293	26.720	28.321	55.041	42.213	44.727	86.940	12.564	12.773	25.337	29.405	30.413	59.818	40.438	40.977	81.415
5 a 9	7.936	8.658	16.594	27.380	29.026	56.406	41.073	43.514	84.587	12.757	12.967	25.724	30.080	31.123	61.203	41.020	41.563	82.583
10 a 14	8.509	9.174	17.683	27.684	28.999	56.683	42.508	44.492	87.000	13.652	13.710	27.362	32.103	32.813	64.916	43.479	43.516	86.995
15 a 19	9.288	9.989	19.277	26.259	27.434	53.693	43.051	44.940	87.991	13.980	14.002	27.982	34.011	34.674	68.685	44.796	44.710	89.506
20 a 24	8.482	8.960	17.442	23.489	24.102	47.591	42.299	43.369	85.668	13.895	13.663	27.558	35.341	35.376	70.717	43.048	42.180	85.228
25 a 29	8.650	8.253	16.903	25.488	23.590	49.078	49.115	45.426	94.541	16.328	14.447	30.775	39.367	35.497	74.864	49.900	43.995	93.895
30 a 34	8.262	7.904	16.166	25.495	23.648	49.143	45.454	42.128	87.582	16.469	14.606	31.075	36.641	33.115	69.756	48.570	42.917	91.487
35 a 39	7.602	7.230	14.832	22.935	21.152	44.087	38.203	35.210	73.413	14.260	12.573	26.833	33.202	29.832	63.034	43.248	37.996	81.244
40 a 44	7.503	6.960	14.463	20.233	18.186	38.419	37.182	33.398	70.580	14.136	12.139	26.275	33.561	29.378	62.939	42.308	36.199	78.507
45 a 49	7.140	6.453	13.593	17.863	15.644	33.507	35.357	30.939	66.296	12.884	10.773	23.657	32.503	27.711	60.214	40.380	33.636	74.016
50 a 54	5.676	4.985	10.661	14.956	12.716	27.672	30.548	25.955	56.503	10.589	8.590	19.179	27.108	22.428	49.536	33.079	26.727	59.806
55 a 59	4.296	3.717	8.013	10.993	9.205	20.198	23.777	19.899	43.676	8.221	6.567	14.788	21.430	17.456	38.886	24.908	19.816	44.724
60 a 64	3.336	2.857	6.193	8.170	6.778	14.948	17.452	14.469	31.921	6.123	4.844	10.967	17.074	13.778	30.852	18.622	14.674	33.296
65 a 69	2.529	2.126	4.655	5.294	4.308	9.602	11.520	9.360	20.880	4.597	3.561	8.158	12.925	10.222	23.147	13.333	10.294	23.627
70 a 74	2.202	1.668	3.870	3.436	2.510	5.946	8.168	5.957	14.125	3.140	2.180	5.320	9.580	6.795	16.375	9.716	6.715	16.431
75 a 79	1.585	1.128	2.713	2.107	1.446	3.553	5.587	3.827	9.414	2.184	1.419	3.603	6.509	4.328	10.837	6.473	4.192	10.665
80 y más	1.643	1.016	2.659	2.212	1.314	3.526	5.276	3.134	8.410	2.310	1.295	3.605	6.571	3.774	10.345	6.791	3.790	10.581

Edad (años)	Barrios Unidos (12)			Teusaquillo (13)			Martires (14)			Antonio Nariño (15)			Puente Aranda (16)			La Candelaria (17)		
	Mujer	Hombre	Total Barrios Unidos	Mujer	Hombre	Total Teusaquillo	Mujer	Hombre	Total martires	Mujer	Hombre	Total Antonio Nariño	Mujer	Hombre	Total Puente Aranda	Mujer	Hombre	Total Candelaria
Total	121.020	111.782	232.802	78.077	67.080	145.157	48.931	48.680	97.611	55.877	52.273	108.150	132.350	126.401	258.751	11.476	12.641	24.117
0 a 4	6.466	6.898	13.364	3.223	3.242	6.465	3.197	3.617	6.814	4.139	4.399	8.538	8.226	8.943	17.169	585	723	1.308
5 a 9	6.877	7.341	14.218	3.327	3.342	6.669	3.005	3.397	6.402	3.972	4.218	8.190	8.299	9.021	17.320	631	787	1.418
10 a 14	7.124	7.517	14.641	3.677	3.648	7.325	3.293	3.679	6.972	4.336	4.549	8.885	9.144	9.822	18.966	662	818	1.480
15 a 19	8.466	8.908	17.374	5.448	5.392	10.840	3.842	4.281	8.123	4.682	4.901	9.583	10.354	11.093	21.447	1.084	1.337	2.421
20 a 24	9.662	9.985	19.647	6.707	6.515	13.222	4.123	4.514	8.637	4.514	4.640	9.154	10.941	11.512	22.453	1.062	1.285	2.347
25 a 29	10.211	9.519	19.730	7.591	6.634	14.225	4.551	4.513	9.064	4.554	4.224	8.778	12.142	11.540	23.682	1.067	1.174	2.241
30 a 34	9.041	8.449	17.490	6.133	5.371	11.504	3.780	3.756	7.536	4.111	3.820	7.931	10.982	10.461	21.443	885	976	1.861
35 a 39	7.876	7.319	15.195	5.226	4.547	9.773	3.192	3.154	6.346	3.623	3.346	6.969	9.973	9.446	19.419	680	747	1.427
40 a 44	8.681	7.862	16.543	5.778	4.899	10.677	3.284	3.167	6.451	3.789	3.412	7.201	10.067	9.295	19.362	755	812	1.567
45 a 49	9.478	8.364	17.842	6.252	5.158	11.410	3.807	3.576	7.383	4.124	3.618	7.742	9.534	8.582	18.116	831	868	1.699
50 a 54	8.418	7.214	15.632	5.929	4.745	10.674	3.323	3.037	6.360	3.638	3.099	6.737	7.810	6.827	14.637	799	816	1.615
55 a 59	8.081	6.820	14.901	4.922	3.878	8.800	2.721	2.449	5.170	2.779	2.331	5.110	6.243	5.377	11.620	710	714	1.424
60 a 64	6.649	5.558	12.207	3.808	2.971	6.779	2.234	1.994	4.228	2.186	1.817	4.003	5.285	4.507	9.792	608	606	1.214
65 a 69	4.169	3.417	7.586	3.194	2.441	5.635	1.444	1.265	2.709	1.763	1.437	3.200	4.658	3.897	8.555	378	372	750
70 a 74	3.310	2.437	5.747	2.548	1.744	4.292	1.170	923	2.093	1.335	977	2.312	3.578	2.694	6.272	261	232	493
75 a 79	2.924	2.022	4.946	1.968	1.259	3.227	886	659	1.545	1.046	720	1.766	2.596	1.836	4.432	203	171	374
80 y más	3.587	2.152	5.739	2.346	1.294	3.640	1.079	699	1.778	1.286	765	2.051	2.518	1.548	4.066	275	203	478

Fuente: DANE. Proyección de población de Bogotá 2000-2015 anualizada por sexo y edades simples (o a 24 años y por grupos quinquenales de 25 años en adelante) según localidad. SDS: Dirección de Planeación y Sistemas.

Anexo 1. Proyección estadística de la población por localidad, sexo y grupos de edad quinquenal. Bogotá, 2010

Edad (años)	Rafael Uribe Uribe (18)			Ciudad Bolívar (19)			Sumapaz (20)		
	Mujer	Hombre	Total Rafael Uribe	Mujer	Hombre	Total Ciudad Bolívar	Mujer	Hombre	Total Sumapaz
Total	192.894	184.942	377.836	320.582	307.784	628.366	2.987	3.237	6.224
0 a 4	15.439	16.577	32.016	31.529	33.378	64.907	263	315	578
5 a 9	15.651	16.809	32.460	31.277	33.114	64.391	281	338	619
10 a 14	16.750	17.775	34.525	32.314	33.804	66.118	338	403	741
15 a 19	17.209	18.213	35.422	30.883	32.226	63.109	273	324	597
20 a 24	15.912	16.539	32.451	26.877	27.541	54.418	178	209	387
25 a 29	16.649	15.620	32.269	27.828	25.719	53.547	203	214	417
30 a 34	15.386	14.467	29.853	26.538	24.581	51.119	196	208	404
35 a 39	13.728	12.837	26.565	22.743	20.946	43.689	233	246	479
40 a 44	13.901	12.671	26.572	20.835	18.700	39.535	210	216	426
45 a 49	13.014	11.558	24.572	19.453	17.010	36.463	203	204	407
50 a 54	10.855	9.364	20.219	16.003	13.587	29.590	147	145	292
55 a 59	8.485	7.209	15.694	11.692	9.776	21.468	116	111	227
60 a 64	6.381	5.373	11.754	8.432	6.985	15.417	108	102	210
65 a 69	4.739	3.911	8.650	5.734	4.658	10.392	94	88	182
70 a 74	3.359	2.493	5.852	3.859	2.816	6.675	67	57	124
75 a 79	2.605	1.815	4.420	2.444	1.674	4.118	40	32	72
80 y más	2.831	1.711	4.542	2.141	1.269	3.410	37	25	62

Fuente: DANE. Proyección de población de Bogotá 2000-2015 anualizada por sexo y edades simples (0 a 24 años y por grupos quinquenales de 25 años en adelante) según localidad. SDS: Dirección de Planeación y Sistemas.

Anexo 2. Comportamiento del crecimiento de población residente por Unidad de Planeación Zonal en Bogotá. Año 2005 y proyecciones 2010-2015.

UPZ	2005	2010	2015	Variación % 2005-2010	Variación% 2005-2015
01 USAQUÉN 001 PASEO DE LOS LIBERTADORES	3.188	3.652	4.176	14,6	31,0
01 USAQUÉN 009 VERBENAL	84.757	99.359	115.563	17,2	36,3
01 USAQUÉN 010 LA URIBE	15.781	17.387	19.034	10,2	20,6
01 USAQUÉN 011 SAN CRISTOBAL NORTE	69.996	73.333	76.353	4,8	9,1
01 USAQUÉN 012 TOBERIN	50.876	52.276	53.337	2,8	4,8
01 USAQUÉN 013 LOS CEDROS	100.343	102.797	104.565	2,4	4,2
01 USAQUÉN 014 USAQUEN	39.833	42.078	44.105	5,6	10,7
01 USAQUÉN 015 COUNTRY CLUB	24.734	24.654	24.395	-0,3	-1,4
01 USAQUÉN 016 SANTA BARBARA	52.443	51.221	49.731	-2,3	-5,2
01 USAQUÉN 201 RURAL USAQUÉN	2.973	2.878	2.807	-3,2	-5,6
TOTAL USAQUEN	444.924	469.635	494.066	5,6	11,0
02 CHAPINERO 088 EL REFUGIO	30.325	30.883	31.218	1,8	2,9
02 CHAPINERO 089 SAN ISIDRO PATIOS	13.769	16.858	20.540	22,4	49,2
02 CHAPINERO 090 PARDO RUBIO	34.377	37.910	41.354	10,3	20,3
02 CHAPINERO 097 CHICÓ LAGO	27.360	26.048	24.670	-4,8	-9,8
02 CHAPINERO 099 CHAPINERO	20.188	20.269	19.773	0,4	-2,1
02 CHAPINERO 202 RURAL CHAPINERO	255	303	315	18,8	23,5
TOTAL CHAPINERO	126.274	132.271	137.870	4,7	9,2
03 SANTAFE 091 SAGRADO CORAZÓN	6.068	5.840	5.553	-3,8	-8,5
03 SANTAFE 092 LA MACARENA	14.551	14.297	13.946	-1,7	-4,2
03 SANTAFE 093 LAS NIEVES	14.063	13.707	13.252	-2,5	-5,8
03 SANTAFE 095 LAS CRUCES	22.828	23.361	23.806	2,3	4,3
03 SANTAFE 096 LOURDES	45.724	46.478	46.999	1,6	2,8
03 SANTAFE 203 RURAL SANTAFE	6.229	6.366	6.497	2,2	4,3
TOTAL SANTAFE	109.463	110.049	110.053	0,5	0,5
04 SAN CRISTÓBAL 032 SAN BLAS	93.403	95.652	96.813	2,4	3,7
04 SAN CRISTÓBAL 033 SOSIEGO	45.129	47.149	48.626	4,5	7,7
04 SAN CRISTÓBAL 034 VEINTE DE JULIO	95.800	91.464	86.351	-4,5	-9,9
04 SAN CRISTÓBAL 050 LA GLORIA	103.320	101.969	99.331	-1,3	-3,9
04 SAN CRISTÓBAL 051 LOS LIBERTADORES	71.932	73.747	74.694	2,5	3,8
04 SAN CRISTÓBAL 204 RURAL SAN CRISTÓBAL	69	167	210	142,0	204,3
TOTAL SAN CRISTOBAL	409.653	410.148	406.025	0,1	-0,9
05 USME 052 LA FLORA	16.475	19.072	21.539	15,8	30,7
05 USME 056 DANUBIO	29.775	38.065	47.420	27,8	59,3
05 USME 057 GRAN YOMASA	124.321	141.998	157.588	14,2	26,8
05 USME 058 COMUNEROS	76.214	89.771	102.806	17,8	34,9
05 USME 059 ALFONSO LÓPEZ	39.818	58.473	83.579	46,9	109,9
05 USME 060 PARQUE ENTRENUBES	1.531	2.059	2.658	34,5	73,6
05 USME 061 CIUDAD DE USME	11.460	14.087	16.885	22,9	47,3
05 USME 205 RURAL USME	27	182	249	574,1	822,2
TOTAL USME	299.621	363.707	432.724	21,4	44,4

Fuente: Secretaria Distrital de Planeación-Proyecciones

Nota: Incluye Zonas Rurales, lo que genera posibles variaciones en lo presentado en el crecimiento por localidad en la Tabla 1.

Anexo 2. Comportamiento del crecimiento de población residente por Unidad de Planeación Zonal en Bogotá. Año 2005 y proyecciones 2010-2015.

UPZ	2005	2010	2015	Variación % 2005-2010	Variación% 2005-2015
06 TUNJUELITO 042 VENECIA	144.176	144.433	143.438	0,2	-0,5
06 TUNJUELITO 062 TUNJUELITO	58.166	57.577	56.610	-1,0	-2,7
TOTAL TUNJUELITO	202.342	202.010	200.048	-0,2	-1,1
07 BOSA 085 BOSA CENTRAL	205.435	224.461	237.054	9,3	15,4
07 BOSA 049 APOGEO	40.355	37.437	33.682	-7,2	-16,5
07 BOSA 084 BOSA OCCIDENTAL	160.350	183.249	202.958	14,3	26,6
07 BOSA 086 EL PORVENIR	63.120	76.194	88.783	20,7	40,7
07 BOSA 087 TINTAL SUR	26.023	47.752	84.356	83,5	224,2
TOTAL BOSA	495.283	569.093	646.833	14,9	30,6
08 KENNEDY 044 AMERICAS	83.492	84.511	82.404	1,2	-1,3
08 KENNEDY 045 CARVAJAL	104.339	94.062	81.755	-9,8	-21,6
08 KENNEDY 046 CASTILLA	109.469	129.172	146.835	18,0	34,1
08 KENNEDY 047 KENNEDY CENTRAL	107.125	93.419	78.781	-12,8	-26,5
08 KENNEDY 048 TIMIZA	143.930	147.524	145.725	2,5	1,2
08 KENNEDY 078 TINTAL NORTE	15.752	34.096	70.827	116,5	349,6
08 KENNEDY 079 CALANDAIMA	55.531	71.555	88.239	28,9	58,9
08 KENNEDY 080 CORABASTOS	61.293	71.104	79.426	16,0	29,6
08 KENNEDY 081 GRAN BRITALIA	72.052	70.306	66.006	-2,4	-8,4
08 KENNEDY 082 PATIO BONITO	158.584	177.454	190.819	11,9	20,3
08 KENNEDY 083 LAS MARGARITAS	12.356	15.378	18.336	24,5	48,4
08 KENNEDY 113 BAVARIA	20.854	20.946	20.316	0,4	-2,6
TOTAL KENNEDY	944.777	1.009.527	1.069.469	6,9	13,2
09 FONTIBÓN 075 FONTIBÓN	129.424	139.351	148.156	7,7	14,5
09 FONTIBÓN 076 FONTIBÓN SAN PABLO	29.653	32.717	35.589	10,3	20,0
09 FONTIBÓN 077 ZONA FRANCA	31.568	41.808	53.876	32,4	70,7
09 FONTIBÓN 110 CIUDAD SALITRE OCCIDENTAL	35.429	42.573	50.463	20,2	42,4
09 FONTIBÓN 112 GRANJAS DE TECHO	17.929	24.201	31.766	35,0	77,2
09 FONTIBÓN 114 MODELIA	37.880	39.720	41.137	4,9	8,6
09 FONTIBÓN 115 CAPELLANÍA	15.343	16.965	18.439	10,6	20,2
09 FONTIBÓN 117 AEROPUERTO EL DORADO	707	863	1.027	22,1	45,3
TOTAL FONTIBÓN	297.933	338.198	380.453	13,5	27,7
10 ENGATIVÁ 026 LAS FERIAS	109.325	111.159	112.129	1,7	2,6
10 ENGATIVÁ 029 MINUTO DE DIOS	141.336	149.146	155.320	5,5	9,9
10 ENGATIVÁ 030 BOYACA REAL	127.842	120.366	112.205	-5,8	-12,2
10 ENGATIVÁ 031 SANTA CECILIA	67.394	64.572	61.024	-4,2	-9,5
10 ENGATIVÁ 072 BOLIVIA	81.742	87.312	92.274	6,8	12,9
10 ENGATIVÁ 073 GARCES NAVAS	134.480	152.847	171.400	13,7	27,5
10 ENGATIVÁ 074 ENGATIVÁ	117.017	134.308	152.465	14,8	30,3
10 ENGATIVÁ 105 JARDÍN BOTÁNICO	2.330	2.490	2.633	6,9	13,0
10 ENGATIVÁ 116 ÁLAMOS	12.478	13.924	15.305	11,6	22,7
TOTAL ENGATIVÁ	793.944	836.124	874.755	5,3	10,2
11 SUBA 002 LA ACADEMIA	788	953	1.114	20,9	41,4
11 SUBA 003 GUAYMARAL	17	168	239	888,2	1305,9
11 SUBA 017 SAN JOSE DE BAVARIA	45.486	48.275	50.470	6,1	11,0
11 SUBA 018 BRITALIA	50.165	59.663	69.600	18,9	38,7
11 SUBA 019 EL PRADO	86.869	89.400	90.364	2,9	4,0
11 SUBA 020 LA ALHAMBRA	38.762	36.087	33.049	-6,9	-14,7
11 SUBA 023 CASA BLANCA	31.230	37.897	45.246	21,3	44,9
11 SUBA 024 NIZA	66.822	64.562	61.456	-3,4	-8,0
11 SUBA 025 LA FLORESTA	26.850	24.926	22.755	-7,2	-15,3
11 SUBA 027 SUBA	113.998	140.146	169.349	22,9	48,6
11 SUBA 028 EL RINCON	267.157	310.790	355.346	16,3	33,0
11 SUBA 071 TIBABUYES	190.335	230.959	275.556	21,3	44,8
11 SUBA 211 RURAL SUBA	101	180	192	78,2	90,1
TOTAL SUBA	918.580	1.044.006	1.174.736	13,7	27,9

Fuente: Secretaria Distrital de Planeación-Proyecciones

Nota: Incluye Zonas Rurales, lo que genera posibles variaciones en lo presentado en el crecimiento por localidad en la Tabla 1.

Anexo 2. Comportamiento del crecimiento de población residente por Unidad de Planeación Zonal en Bogotá. Año 2005 y proyecciones 2010-2015.

UPZ	2005	2010	2015	Variación % 2005-2010	Variación% 2005-2015
12 BARRIOS UNIDOS 021 LOS ANDES	45.685	46.753	47.579	2,3	4,1
12 BARRIOS UNIDOS 022 DOCE DE OCTUBRE	94.383	99.457	104.395	5,4	10,6
12 BARRIOS UNIDOS 098 LOS ALCÁZARES	80.366	82.361	84.246	2,5	4,8
12 BARRIOS UNIDOS 103 PARQUE SALITRE	3.782	4.231	4.740	11,9	25,3
TOTAL BARRIOS UNIDOS	224.216	232.802	240.960	3,8	7,5
13 TEUSAQUILLO 100 GALERIAS	33.613	34.521	35.262	2,7	4,9
13 TEUSAQUILLO 101 TEUSAQUILLO	27.094	27.361	27.396	1,0	1,1
13 TEUSAQUILLO 104 PARQUE SIMÓN BOLIVAR - CAN	3.230	3.451	3.633	6,8	12,5
13 TEUSAQUILLO 106 LA ESMERALDA	33.760	33.790	33.536	0,1	-0,7
13 TEUSAQUILLO 107 QUINTA PAREDES	26.236	27.314	28.242	4,1	7,6
13 TEUSAQUILLO 109 CIUDAD SALITRE ORIENTAL	15.060	18.720	23.023	24,3	52,9
TOTAL TEUSAQUILLO	138.993	145.157	151.092	4,4	8,7
14 MÁRTIRES 037 SANTA ISABEL	44.596	45.210	45.583	1,4	2,2
14 MÁRTIRES 102 LA SABANA	51.270	52.401	53.175	2,2	3,7
TOTAL MARTIRES	95.866	97.611	98.758	1,8	3,0
15 ANTONIO NARIÑO 035 CIUDAD JARDÍN	31.021	30.875	30.543	-0,5	-1,5
15 ANTONIO NARIÑO 038 RESTREPO	75.627	77.275	78.398	2,2	3,7
TOTAL ANTONIO NARIÑO	106.648	108.150	108.941	1,4	2,2
16 PUENTE ARANDA 040 CIUDAD MONTES	102.781	106.379	108.899	3,5	6,0
16 PUENTE ARANDA 041 MUZU	58.999	56.588	53.861	-4,1	-8,7
16 PUENTE ARANDA 043 SAN RAFAEL	77.703	76.524	74.773	-1,5	-3,8
16 PUENTE ARANDA 108 ZONA INDUSTRIAL Y PUENTE ARANDA	4.405	4.207	3.978	-4,5	-9,7
16 PUENTE ARANDA 111 ZONA INDUSTRIAL Y PUENTE ARANDA	13.202	15.053	16.903	14,0	28,0
TOTAL PUENTE ARANDA	257.090	258.751	258.414	0,6	0,5
17 CANDELARIA 094 CANDELARIA	23.985	24.117	24.096	0,6	0,5
TOTAL CANDELARIA	23.985	24.117	24.096	0,6	0,5
18 RAFAEL URIBE URIBE 036 SAN JOSE	50.014	48.766	46.804	-2,5	-6,4
18 RAFAEL URIBE URIBE 039 QUIROGA	93.585	85.500	76.965	-8,6	-17,8
18 RAFAEL URIBE URIBE 053 MARCO FIDEL SUÁREZ	68.328	65.243	61.451	-4,5	-10,1
18 RAFAEL URIBE URIBE 054 MARRUECOS	89.105	98.303	106.616	10,3	19,7
18 RAFAEL URIBE URIBE 055 DIANA TURBAY	75.679	80.024	83.271	5,7	10,0
TOTAL RAFAEL URIBE	424.681	426.070	423.299	0,3	-0,3
19 CIUDAD BOLÍVAR 063 EL MOCHUELO	1.208	1.539	1.923	27,4	59,2
19 CIUDAD BOLÍVAR 064 MONTEBLANCO	3.819	5.574	8.067	46,0	111,2
19 CIUDAD BOLÍVAR 065 ARBORIZADORA	58.107	61.328	63.832	5,5	9,9
19 CIUDAD BOLÍVAR 066 SAN FRANCISCO	74.297	76.551	77.634	3,0	4,5
19 CIUDAD BOLÍVAR 067 LUCERO	151.930	165.246	177.614	8,8	16,9
19 CIUDAD BOLÍVAR 068 EL TESORO	44.079	48.506	52.840	10,0	19,9
19 CIUDAD BOLÍVAR 069 ISMAEL PERDOMO	146.779	167.941	189.678	14,4	29,2
19 CIUDAD BOLÍVAR 070 JERUSALEN	87.642	101.513	116.103	15,8	32,5
19 CIUDAD BOLÍVAR 219 RURAL CIUDAD BOLÍVAR	0	168	232		
TOTAL CIUDAD BOLIVAR	567.861	628.366	687.923	10,7	21,1
20 SUMAPAZ 220 SUMAPAZ	5.952	6.224	6.460	4,6	8,5

Fuente: Secretaria Distrital de Planeación-Proyecciones

Nota: Incluye Zonas Rurales, lo que genera posibles variaciones en lo presentado en el crecimiento por localidad en la Tabla 1

Anexo 3. Diez primeras causas de morbilidad por tipo de atención y ciclo vital. Bogotá, 2010

Tipo de atención	Código CIE 10	Diagnóstico	Menores de 1 año		De 1 a 5 años		De 6 a 9 años		De 10 a 14 años		De 15 a 18 años		De 19 a 26 años		De 27 a 44 años		De 45 a 59 años		De 60 y mas años		
			Aten.	Indiv.	Aten.	Indiv.	Aten.	Indiv.	Aten.	Indiv.	Aten.	Indiv.	Aten.	Indiv.	Aten.	Indiv.	Aten.	Indiv.	Aten.	Indiv.	
Hospitalización	O800	Parto único espontaneo , presentación cefalica de vertice	-	-	-	-	-	-	34	34	1.148	1.146	3.290	3.288	1.461	1.460	5	5	-	-	
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	337	311	408	388	102	97	62	60	158	148	594	561	737	689	561	525	1.151	1.046	
	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	1.820	1.709	495	477	20	20	18	18	7	7	19	19	20	20	37	37	60	60	
	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	30	28	33	33	4	4	6	6	-	-	18	18	105	88	442	318	1.825	1.524	
	O809	Parto único espontaneo, sin otra especificación	-	-	-	-	-	-	19	19	418	418	1.286	1.284	453	451	1	1	-	-	
	I10X	Hipertensión esencial (Primaria)	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	16	16	123	115	431	418	1.344	1.263	
	K359	Apendicitis aguda, no especificada	19	19	37	36	64	63	159	156	189	186	485	474	492	491	195	193	124	119	
	I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	3	3	4	3	-	-	-	-	7	4	7	7	86	70	336	264	1.184	990	
	J180	Bronconeumonía, no especificada	612	590	542	526	48	47	32	32	14	13	35	35	61	61	77	76	199	191	
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	298	290	534	525	57	57	52	52	38	38	105	104	146	142	133	128	247	232	
	Total hospitalizaciones	3.119	2.950	2.053	1.988	295	288	382	377	1.983	1.964	5.855	5.806	3.684	3.587	2.218	1.965	6.134	5.425		
Urgencias	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	498	437	742	653	501	442	876	730	1.493	1.202	3.989	3.265	3.844	3.148	1.760	1.481	1.236	1.070	
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.658	1.956	4.402	3.277	452	362	433	349	342	297	1.061	871	1.238	986	707	565	619	506	
	J00X	Rinofaringitis aguda (Resfriado común)	4.683	3.237	2.615	2.042	385	327	238	201	335	272	832	664	494	420	166	147	121	107	
	R529	Dolor no especificado	593	527	942	815	352	305	424	374	803	664	2.321	1.831	2.256	1.837	1.173	1.032	915	774	
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	392	321	1.071	813	363	289	278	228	891	678	2.348	1.794	2.162	1.711	1.010	807	1.223	957	
	R509	Fiebre, no especificada	2.255	1.779	2.791	2.244	431	369	300	268	270	233	648	545	572	510	271	249	188	172	
	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	5.327	3.862	1.598	1.280	72	60	50	41	34	32	118	106	173	158	118	112	92	86	
	R102	Dolor pélvico y perineal	68	65	82	78	45	42	118	104	1.104	814	3.042	2.198	1.544	1.248	281	254	139	131	
	R103	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	43	36	99	84	77	62	248	192	599	444	2.007	1.502	1.427	1.100	414	354	127	107	
	R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	140	117	210	176	147	115	275	205	430	308	1.245	909	1.399	1.051	705	512	461	383	
	Total urgencias	16.657	12.337	14.552	11.462	2.825	2.373	3.240	2.692	6.301	4.944	17.611	13.685	15.109	12.169	6.605	5.513	5.121	4.293		
Consultas	I10X	Hipertensión esencial (Primaria)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	223	208	1.137	922	6.419	4.647	17.422	10.560	42.508	18.118
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	964	736	1.347	1.118	782	676	1.090	933	1.541	1.234	4.070	3.120	6.957	5.429	6.019	4.605	6.217	3.932	
	K021	Caries de la dentina	68	51	3.084	2.809	2.160	2.031	2.131	2.010	2.420	2.306	5.609	5.349	6.658	6.291	2.699	2.561	773	709	
	R529	Dolor no especificado	1.608	835	949	736	409	318	554	453	977	672	3.334	2.129	5.403	3.551	5.272	3.260	6.932	3.215	
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	870	341	1.289	711	414	290	352	286	751	562	2.746	1.945	5.222	3.857	4.978	3.516	7.690	3.687	
	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	265	169	316	181	44	35	32	29	41	35	270	160	846	563	3.095	1.500	17.539	6.380	
	J00X	Rinofaringitis aguda (Resfriado común)	3.995	3.282	6.421	5.590	1.634	1.523	1.434	1.311	771	726	1.896	1.756	2.851	2.569	1.613	1.374	1.131	910	
	F200	Esquizofrenia paranoide	23	20	10	10	3	3	10	10	81	52	2.473	415	12.081	941	4.164	654	1.597	361	
	H524	Presbicia	8	8	37	37	21	21	33	33	46	46	218	218	2.325	2.279	13.356	12.769	1.713	1.607	
	R103	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	25	20	75	65	86	65	773	566	1.195	794	3.575	2.219	5.590	3.565	5.456	3.500	375	261	
	Total consultas	7.826	5.462	13.528	11.257	5.553	4.962	6.409	5.631	8.046	6.635	25.328	18.233	54.352	33.692	64.074	44.299	86.475	39.180		
Total de atenciones			27.602	20.749	30.133	24.707	8.673	7.623	10.031	8.700	16.330	13.543	48.794	37.724	73.145	49.448	72.897	51.777	97.730	48.898	

Fuente: Base de datos RIPS SDS, 2010 parcial, información reportada por las ESE, red no adscrita y urgencias, validada por la SDS, población vinculada, desplazada y atenciones no POSS (corte de recepción Enero 30 de 2012)

Bibliografía

- ¹ WHO Regional Office for Europe. City Health Profiles: How to report on health in your city
- ² Department of health. Health profile of England 2009. Published to DH website, in electronic PDF format only. <http://www.dh.gov.uk/publications> consultado en Enero de 2012
- ³ Comunidad de Madrid. Alimentación, Medio Ambiente y Salud en la Comunidad de Madrid; diagnostic de situación 2009.
- ⁴ Department of health. Health profile 2011. Barnet. Consultado en: www.healthprofiles.info
- ⁵ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Análisis de Situación de Salud de Bogotá-2009.
- ⁶ DANE y SDP proyecciones de crecimiento poblacional
- ⁷ Boletín estadístico. Bogotá en cifras número 20 (Octubre 2011) Bogotá Ciudad en Estadísticas. Boletín 22 Densidades Urbanas (2010) consultado En: <http://www.sdp.gov.co>
- ⁸ Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Proyecciones de Población 2006-2020 consultado en: <http://www.dane.gov.co/files/BoletinProyecciones.pdf> 27 de Enero de 2012
- ⁹ Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Encuesta nacional de calidad de vida. Resultados para Bogotá. 2010.
- ¹⁰ Observatorio de salud ambiental de Bogotá. Consultado en: <http://app.saludcapital.gov.co/observatorio/>
- ¹¹ Hospital de Suba. Boletín epidemiológico distrital de intoxicaciones por monóxido de carbono intramural. Bogotá, 2010.